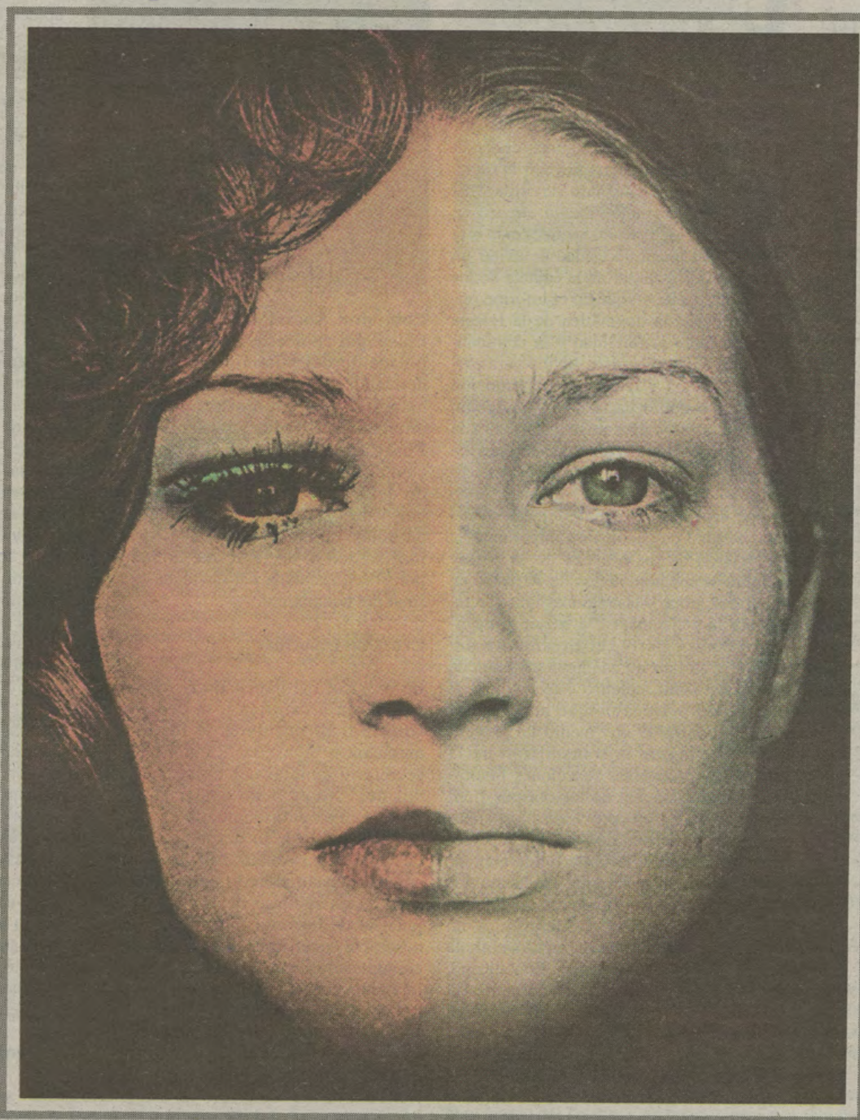
El Nacional

NUMERO 17 • MARZO DE 1996

# LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA



Jan Saudek

# Género, mujer y sida

*Feminidad, maternidad, amor, abnegación*

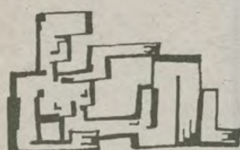
Percepción del riesgo, toma de conciencia y poder de negociación

Marta Lamas y Ana Luisa Liguori • Ronald Bayer

# EL MAL ENTENDIDO

## INDICE





Viñeta de Luis Reyes



EN EL DOGMA

## No amarás... sin condón

**ALEJANDRO BRITO**

El tímido y parcial reconocimiento de la utilidad preventiva de los condones por parte de la Iglesia Católica de Francia, provocó revuelo el pasado 12 de febrero. En un documento elaborado por la Comisión Social del Episcopado Francés, se reconoce como "necesario", en algunos casos, el uso del preservativo para prevenir la transmisión del virus causante del sida: "El preservativo se comprende en el caso en que una actividad sexual ya integrada a la personalidad tenga necesidad de evitar un riesgo grave". A pesar de la cautela de los obispos franceses —que en el informe reiteran la posición dogmática de la Iglesia Católica sobre la fidelidad y la continencia como únicos recursos lícitos para evitar la infección y rechazan la promoción del condón como parte de la educación sexual adulta—, este atisbo clerical a la realidad provocó diversas reacciones de apoyo y de rechazo en todo el mundo. El científico francés Luc Montagnier, cuyo equipo descubrió el agente infeccioso del sida, calificó de "evolución importante" a la decisión de los obispos de su país y conminó a sus homólogos de Africa y de América Latina —las regiones más afectadas por la pandemia— "a seguir el ejemplo". Por su parte, el presidente del Comité Católico de Médicos de Francia, Marc Gentillini, celebró este cambio de postura eclesiástica porque no se puede estar en contra de un "medio de prevención que impide la transmisión de la muerte". Las diversas reacciones favorables a la declaración de los obispos franceses, contrastaron con el absoluto silencio de El Vaticano. Lo cual, según especialistas, es señal de la profunda conmoción causada en su interior. De hecho, los diarios europeos calificaron al documento citado como "bomba" y "desafío", y no vacilaron en pronosticar la ruptura entre la Iglesia Católica de Francia y El Vaticano, debido a la ortodoxia vaticana contra el condón. Tan sólo dos meses atrás El Vaticano difundió una guía de educación sexual donde denuncia por "inmoral" a la medida preventiva recomendada por los organismos internacionales de salud y seguida por casi todos los gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) en todo el mundo: "Los padres deben evitar la promoción del llamado 'sexo seguro', una política inmoral y peligrosa, basada en la ilusoria teoría de que un condón puede ofrecer suficiente protección frente al sida". Pero la curia romana ha ido más allá en su cruzada contra el condón. El año pasado despidió al entonces obispo de Evreux en Normandía, Jacques Gaillot por sus opiniones favorables al uso del preservativo para evitar la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Esta vez, la furia vaticana obligó al obispo Albert Rouet, presidente de la Comisión Social de la Conferencia Episcopal francesa, responsable de la redacción del polémico documento, a desmentir al día siguiente la información manejada por la prensa. En entrevista difundida por Radio Vaticano, monseñor Rouet acusó a los medios de comunicación de tergiversar y exagerar el contenido del informe episcopal, y de manera por demás penosa se delindó de la parte en donde se menciona al controvertido profiláctico al declarar que la comisión por él representada sólo avalaba la parte final del documento.



Quang Ho

### Cruzadas genocidas

En México, fue inmediato el rechazo de la jerarquía católica a la declaración francesa. El portavoz de los obispos mexicanos, monseñor Ramón Godínez, secretario general del Episcopado, fue tajante: "No es lícito apelar al uso del preservativo para combatir el sida". Y más adelante, en un despliegue de agudeza analítica reveló. "El preservativo como supuesto método para prevenir el sida es un recurso de los fabricantes igual al de los anticonceptivos, que por desgracia encuentra eco en los medios de comunicación, que aceptan difundir que no tienen consecuencias y que garantizan todo." (**Punto**, febrero 19 de 1996). Por su parte, el arzobispo Norberto Rivera, en comunicado de prensa se refirió al pronunciamiento de la jerarquía católica francesa como "contrario al magisterio de la Iglesia y del Santo Padre, Juan Pablo II", y con precoz clarividencia advirtió: "El uso de todo medio artificial, incluso aquel que se presenta como una posible ayuda contra una enfermedad, se opone al designio de Dios."

En su rechazo al condón, la curia mexicana no sólo recurre al dogma, sino que basa su negativa —contra la contundencia favorable y abrumadora de la mayoría de los estudios sobre la eficacia del condón— en supuestos estudios científicos que desmienten su eficacia para prevenir el sida, como uno elaborado por la UNAM en donde se comprueba que "los parámetros de contagio son de alto riesgo" (Rivera *dixit*). Por eso, el arzobispo Rivera no duda en calificar de "irresponsable" a "aquellos que producen los preservativos, pero más aún las autoridades de salubridad, porque no son capaces de advertir de los riesgos a la población" (**La Jornada**, febrero 15 de 1996). La andanada clerical y desinformadora contra el condón incluyó una publicación repartida en todas las parroquias del D.F. sobre la epidemia del sida.

### Inmisericorde ortodoxia

A pesar de la marcha atrás del episcopado francés, toda esta controversia mundial en torno al profiláctico de látex exhibió la falta de unanimidad en torno al tema al interior mismo de la Iglesia Católica. **La sociedad cuestionada**, documento que desató toda la polémica, sienta un importante precedente en la historia de esta institución religiosa. Afortunadamente, existen voces al interior de ese cuerpo eclesiástico distantes de la inmisericorde ortodoxa papal, y más cercanas a posiciones humanitarias, como la del sacerdote ecuatoriano Eduardo Andrade quien al pronunciarse a favor del uso del condón como medida profiláctica afirmó: "No podemos eludir, como Iglesia, la cantidad de problemas que ha acarreado el sida. Si nos mantenemos en la posición de negación probablemente más de la mitad de la humanidad va a morir." El mismo episcopado francés en un comunicado posterior a la divulgación del polémico documento reconoció que si se ha constatado en Francia una "cierta detención" del sida, "el uso del preservativo ha jugado un papel importante". Por último, vale la pena citar las palabras del obispo austríaco Reinhold Stecher como muestra de racionalidad y tolerancia. Después de pronunciarse en contra de la prohibición del preservativo porque "no es un problema del ámbito del dogma", reflexiona: "Hay que pensar lo que se exige a un matrimonio cuando una de las partes está enferma de sida. Quien tenga el valor para exigir abstinencia sexual a esas parejas y considere el incumplimiento de este precepto como un pecado grave debe poder probar de manera clara dónde y cuándo Dios pronunció tal prohibición o de qué indicación divina se deriva semejante exigencia, que raya en lo imposible humanamente."

### Portaminas

Para aquellos interesados, la **Revista del Consumidor**, en su número de febrero de este año, incluye un estudio sobre la calidad de los condones que se venden en México. Allí, la Procuraduría Federal del Consumidor pasa revista a 26 marcas de condones de todos sabores, colores y texturas. Con base en ocho pruebas (información al consumidor; verificación del empaque; defectos visibles; verificación dimensional; solidez del color; orificios no visibles; volumen y presión; resistencia a la ruptura), los globitos de látex son aprobados o reprobados. Usted podrá consultar la calificación que recibe su marca preferida. Si bien en calidad la mayoría sale aprobada, en precios los consumidores seguro los reprobarán ●





# Agenda para la acción

**MARK WALLACE**

En solo una década, el sida se ha convertido en una pandemia que afecta a millones de hombres, mujeres y niños en todos los continentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que al final de 1994 se manifestaron 4.5 millones de casos de sida y prevé que este total acumulativo se triplicará para el año 2000. El número de gente infectada con el VIH es mucho mayor. Según cálculos conservadores de la OMS, hasta finales del año pasado se habrían infectado más de 18 millones de adultos y más de 1.5 millones de niños desde el inicio de la pandemia. Para el año 2000 habrá entre 30 y 40 millones de personas infectadas.

¿Hasta qué punto ha afectado la epidemia a las mujeres? Enormemente. Hace una década las mujeres parecían situarse en la periferia de la epidemia. Hoy son el centro de muchas inquietudes. La OMS calcula que casi la mitad de los adultos recién infectados son mujeres. Ya no se cuentan los casos por miles o decenas de miles. En 1994 se infectaron más de un millón de mujeres. En el mundo entero los casos de infección femenina totalizan 7.8 millones, y la cifra sigue aumentando rápidamente. Para el año 2000 más de 14 millones de mujeres se habrán infectado con el VIH, y alrededor de 4 millones habrán muerto.

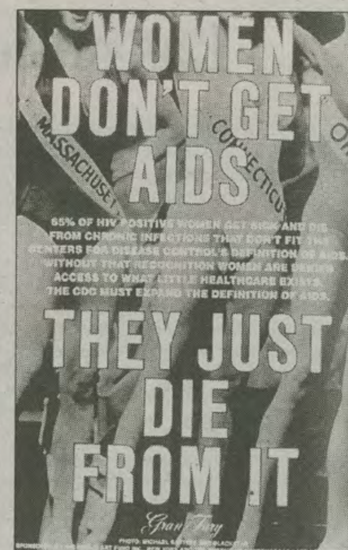
### La subordinación sexual, terreno propicio para la infección

En muchas sociedades existe una fuerte diferenciación entre hombres y mujeres fincada en sistemas sociales y culturales que afianzan el control masculino. De los hombres se espera que tomen la iniciativa en las relaciones, y a menudo se estigmatiza o castiga en las mujeres cualquier protagonismo sexual. La diferenciación mencionada se agudiza con los contrastes de edades. Típicamente, las mujeres se casan o tienen relaciones sexuales con hombres mayores, quienes por haber tenido una vida sexual activa por más tiempo, tienen a su vez, mayores posibilidades de haberse infectado. En países con alto nivel de incidencia de VIH, muchos hombres justifican su elección de mujeres muy jóvenes, casi niñas, con el argumento de que éstas tienen, por la edad, menos posibilidad de haber contraído el VIH.

Muchos países que promueven la monogamia o la fidelidad mutua, y desalientan, como norma social, los encuentros múltiples y casuales, han utilizado también esos valores en una estrategia de prevención del sida. Sin embargo, algunas sociedades esperan de sus mujeres que adopten estrictamente esa norma en tanto toleran tácitamente que los hombres se alejen de ella. De las mujeres se espera que tengan sólo un compañero en la vida, mientras que de los hombres se espera, incluso se fomenta, que tengan más de una compañera. Por ende, las mujeres se vuelven más monógamas que los hombres y tienen menos parejas sexuales. Confiar en la monogamia o en la fidelidad mutua puede ser engañoso para las mujeres, ya que la fidelidad protege contra el VIH/sida a condición de ser completamente mutua y duradera.

En algunas culturas, las mujeres no pueden hablar de sexo con los hombres o discutir las prácticas del sexo seguro. Hacerlo tendría consecuencias graves, desde el estigma hasta la violencia o el abandono. La renuencia masculina al uso del condón y la incapacidad de la mujer de discutir las prácticas seguras, colocan a las mujeres (y a los hombres) en un riesgo mayor de infección. Para ellos, los argumentos de la renuencia son: la idea de una sensación reducida, la ignorancia sobre cómo utilizar el condón correctamente o el miedo de infertilidad por su uso prolongado. Además, dentro del matrimonio o de una relación larga, la mera sugerencia del uso del condón implica una indicación de infidelidad o algún otro comportamiento capaz de amenazar la seguridad de la relación, haciendo difícil para hombres y mujeres la utilización del preservativo.

Las mujeres también son vulnerables al sexo forzado. Esto implica la violación y otras formas de abuso sexual, dentro y fuera de la familia, así como la prostitución obligada. Cualquier relación de penetración no consentida puede conllevar un riesgo incrementado de transmisión del VIH y otras enfermedades sexualmente transmisibles, debido particularmente a que los violadores jamás utilizan un condón.




Cartel/Gran Fury

**'Las mujeres no adquieren el sida, sólo mueren de eso'**

### Vulnerabilidad femenina frente al VIH

A menudo se piensa en las mujeres como depósitos de infección o vectores de transmisión de la misma hacia sus parejas masculinas o sus hijos. Esta visión, errónea y perniciosa, libera al hombre de su propia responsabilidad en la prevención del VIH/sida, impide que los programas de atención incluyan servicios destinados a las necesidades específicas de la mujer, y enfatiza estrategias de investigación e intervención diseñadas más para proteger a los hombres de las mujeres que a facilitar que las mujeres se protejan a sí mismas.

Mucha gente piensa que si una mujer tiene la infección por VIH es porque ha tenido numerosas parejas o porque es prostituta, y ese supuesto comportamiento la estigmatiza como una mala mujer. Por esta razón muchas mujeres han perdido su hogar o su empleo, han sido abandonadas por sus esposos o sus parejas y se les ha negado el derecho de hacerse cargo de sus hijos.

Para reducir la vulnerabilidad femenina ante el VIH, hombres y mujeres deberán combatir la discriminación sexual y la subordinación de las mujeres. Las autoridades, los funcionarios de salud, y otras instancias de poder deberán reconocer el vínculo entre la situación económica de las mujeres, su condición social, y su vulnerabilidad frente al VIH. Deberán replantearse las relaciones entre cónyuges, amantes, hermanos y hermanas, padres e hijos, colegas y amigos. La desigualdad entre los sexos estimula la diseminación del VIH/sida. A menos que se reconozca la interacción entre la infección por VIH y los valores culturales y los derechos y necesidades de las mujeres, seguirá fuera de nuestro alcance el cambio fundamental necesario para frenar esta pandemia. Se requiere una atención inmediata que movilice a todos los sectores de la población, de manera muy especial a los hombres.

Existen varias maneras de facilitar la protección que la mujer puede brindarse a sí misma: mejorar su condición económica y social; proporcionarle un método de prevención sobre el que ella tenga un control mucho mayor, o hacer que más hombres adopten las prácticas del sexo seguro. Esto no es un ejercicio académico para señalar prioridades, sino un asunto de vida o muerte para muchas mujeres.

La subordinación sexual y económica de las mujeres sigue alimentando a la pandemia del VIH/sida. Cada vez es mayor el número de mujeres infectadas y la edad promedio es menor en ellas que en los hombres. Aumenta la infección entre adolescentes, particularmente entre mujeres. La situación es cada vez más grave. De nuestra manera de responder a la pandemia dependen las maneras diversas en que la mujer podrá participar activamente en la sociedad del siglo venidero ●

---

Tomado parcialmente de **Mujeres y sida: agenda para la acción**. Documento en Internet. Traducción: Carlos Bonfil.




**Presentación de LETRA S en Morelia el día 7 de febrero. Participaron Ligia Escalante; Mark Platts, filósofo de la UNAM; Alejandro Brito, director del suplemento; Octavio Vallejo de la UCLA; y Jesús Morales, editor de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.**

# Nuevo ataque del PAN al grupo Abrazo

El pasado 27 de febrero, el líder y regidor panista del Cabildo de Monterrey, Francisco Cantú Torres, acusó al Movimiento Abrazo, de larga trayectoria en la lucha contra el sida, de ser un grupo de choque antipanista financiado por el gobierno del Estado. Esta inesperada acusación es la respuesta del Ayuntamiento a la demanda penal interpuesta por la socióloga Cecilia Saviñón Casas, coordinadora de educación y capacitación de Abrazo, en contra de algunos funcionarios municipales por la detención arbitraria que sufrió el 22 de febrero, cuando realizaba una investigación de campo en un centro nocturno.

Esta "denuncia", que puede acarrear graves consecuencias, es un intento por desvirtuar la mínima ayuda de 5 mil pesos que recibe Abrazo del gobierno estatal. En carta a **LETRA S**, Joaquín Hurtado, presidente de la organización, y Cecilia Saviñón, externan su preocupación: "Con este argumento pueden desatarse una serie de represalias de grupos realmente poderosos y violentos relacionados con la derecha". Como se recordará, en agosto del año pasado, el Movimiento Abrazo, junto con otras organizaciones y miembros de la comunidad artística, frustraron las intenciones de las autoridades municipales de imponer un represivo reglamento de espectáculos. Desde esa fecha, los ataques panistas contra Abrazo no han cesado. Esta organización tiene más de siete años de atender a pacientes con VIH/sida, de hacer labor de prevención y de defensa de los derechos humanos, en especial entre los grupos vulnerables y marginales. Esa era la actividad que realizaba Cecilia Saviñón, cuando fue detenida y acusada de ejercer la prostitución sin permiso. La absurda justificación del alcalde, Jesús Hinojosa Tijerina, en el sentido de que los funcionarios municipales fueron víctimas de un "cuatro", da cuenta de la intención del Ayuntamiento de golpear a esa agrupación independiente. El llamado de apoyo del Movimiento Abrazo a todas las organizaciones de lucha contra el sida, para detener esta amenaza, debe encontrar una fuerte resonancia. **(A.B.)** ●

## EDITORIAL

*La nueva conciencia ciudadana que se esta desarrollando en México, se ha extendido hasta el ámbito de la salud. La vieja relación médico-paciente, basada en gran medida en el autoritarismo de la investidura médica y la sumisión del paciente, que facilita la arbitrariedad, la negligencia y el comportamiento poco ético del personal médico, empieza a cuestionarse. De ello da cuenta la creciente cantidad de quejas contra el sector salud presentas en la Comisión Nacional de Derechos Humanos. La resonancia de estas denuncias llegó a ser tan ruidosa que algunas organizaciones civiles plantearon la necesidad de la creación de una Procuraduría de la Salud para acabar con la impunidad en este sector. Con el tiempo las autoridades de salud hicieron suya esta propuesta y anunciaron su creación. Sin embargo, los plazos dados para la concreción de este proyecto se han venido aplazando. El primero se fijo para octubre del año pasado, después de pospuso para diciembre, y se habló ya no de una Procuraduría, sino de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Luego que para enero. Ahora se pretende que sea en marzo. Al parecer, no se ha logrado el consenso entre las autoridades de salud, las asociaciones de médicos y enfermeras y las organizaciones no gubernamentales (ONG). En las negociaciones que se llevan a cabo se debe pugnar porque por encima de los interese de cualquier sector, por muy meritorio que sea, debe prevalecer el interés superior de la salud de los mexicanos y su derecho a un trato digno* ●

MARZO DE 1996

LETRA S

SIDA, CULTURA Y VIDA COTIDIANA

**Directora General:** ENRIQUETA CABRERA
**Director:** Alejandro Brito
**Coordinador:** Arturo Díaz Betancourt
**Consejo Técnico:** Dr. Manuel Palacios, Arturo Vázquez Barrón, Carlos Bonfil, Antonio Contreras, Aarón Rangel, Manuel Figueroa, Polo Gómez.
**Diseño:** Cees van der Hulst
**Formación:** Tere Vázquez Vázquez
**Consejo Editorial:** Elena Poniatowska, Marta Lamas, Carlos Monsiváis, Ana Luisa Liguori, Marta de la Lama, Antonio Lazcano, Dra. Carmen Villarreal, Dr. Carlos Cano, Dr. Samuel Ponce, Dra. Patricia Volkow, Joaquín Hurtado, Dra. Yolanda Pineda, Max Mejía, Sandra Peniche, Nancy Mayagoitia.

**LETRA S, sida, cultura y vida cotidiana**, es una publicación mensual, editada por **El Nacional**, S.A. de C.V. Ignacio Mariscal No.25, Col. Tabacalera, México 06030, D.F. Editor responsable: Alejandro Brito Lemus, No. de Certificado de Licitud de Título (en trámite), No. de Certificado de Licitud de Contenido (en trámite), No. de Reserva al Título en Derechos de Autor (en trámite). Distribuido por la Unión de Voceadores. Impreso en los talleres de **El Nacional**, S.A. de C.V. Ignacio Mariscal No.25, Col. Tabacalera, México 06030, D.F.

Tel.: 535 30 32, 535 46 12 ext. 135
Fax: 705 56 15 y 592 02 63

# Las mujeres indígenas y el sida

**ARTURO DIAZ BETANCOURT**

Quienes vivimos en las principales ciudades de este país, consideramos al sida como una problemática urbana. La realidad es otra. El sida ha llegado al campo. Ha llegado a los pueblos indígenas, tendiendo a convertir los siglos de olvido, pobreza, miseria y opresión, así como la lucha por sus derechos, en situaciones catastróficas. Por esta razón las Naciones Unidas señala que el sida debe asumirse no sólo como un problema de salud pública, sino como un problema del desarrollo.

Recientemente el Programa de Jornaleros Agrícolas de la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) del estado de Oaxaca, realizó un primer esfuerzo por conocer la problemática del sida desde la población migrante. A través de su red de promotores de salud, aplicó una serie de encuestas y recogió diversos testimonios, principalmente en la Mixteca, la Sierra Sur y los Valles Centrales. Estas regiones, además de concentrar el mayor número de casos de sida de la entidad, son las principales expulsoras de población indígena y campesina al norte del país, la Unión Americana y Canadá.

La coordinadora de este Programa, la licenciada Estela Guzmán, en una ponencia donde presentó las consideraciones generales de este primer acercamiento, señaló que "El sida es percibido como un problema externo a las comunidades. Se asume como un problema ajeno... Las condiciones culturales que caracterizan a las comunidades indígenas revelan la poca realidad comunicativa de la práctica sexual. En este sentido, y como un fenómeno asociado al sexo, el sida aún no es tema de reflexión en el contexto de las relaciones interpersonales. Esta dificultad se acentúa aún más por el tipo de relación prevaleciente entre hombres y mujeres, el cual por lo general, excluye el intercambio de información relacionada a la experiencia sexual. Más aún, la violación de esta norma cultural puede ocasionar el aislamiento del individuo y, en algunos casos, el destierro definitivo."

En esta perspectiva, la situación de las mujeres indígenas frente al sida adquiere rasgos alarmantes, de completa aniquilación. Se encuentran en una situación social totalmente desfavorable para comprender el problema y emprender su protección. No solamente viven la opresión de ser mujeres, sino también la de ser indígenas, en su mayoría monolingües, jornaleras, y además migrantes. Tienen completa desprotección frente a una epidemia que las amenaza silenciosamente. Están en total desventaja respecto a su percepción de riesgo de infección y la atención de la enfermedad. Los siguientes testimonios de mujeres jornaleras, proporcionados por el Programa ya mencionado, dan cuenta de ello:

"La señora Rosa Peña comentó que el sida es una enfermedad en donde la gente se va poniendo flaca y le duele la cabeza hasta que se muere...", indicó la promotora de salud del Programa de Jornaleros Agrícolas, Fanny Mendoza Soto, al tomar el testimonio de una mujer que ha sido jornalera por más de quince años. "Fíjese que yo pienso que los hombres tienen la culpa de estas enfermedades, pues cuando van al norte se meten con mujeres que seguro están enfermas, y cuando regresan y tienen relación con su esposa, pues nos pegan la enfermedad. Yo sugiero que Mago y Gladys den una plática a los hombres, para que ellos se cuiden, porque nosotras no nos podemos cuidar. Sabe, mi esposo tiene meses que no duerme conmigo porque dice que le duele la cabeza y los ojos, pero muchas personas me han dicho que anda con otra señora o a lo mejor está enfermo." Asunción Ocotlán, Oaxaca, diciembre 1995.

Apolonia Hernández de San Miguel Tilquiapan, Oaxaca, ha sido jornalera por más de 14 años , y al preguntarle sobre lo que sabe del sida señaló: "es una enfermedad que da porque uno allá en los campos no se baña cuando llega uno de trabajar. Pero el campo donde voy yo no hay esa enfermedad pues hay baños y además nos dan medicamentos para los mosquitos... las mujeres se contagian porque hacen sus gracias en los campos y pues en el suelo se le mete el polvo en los lugares de la mujer, y pues se enferman." Febrero 1996 ●



Programa de Jornaleros Agrícolas de Sedesol

**Indígenas migrantes de Oaxaca a la espera del transporte que las trasladará al norte del país y a los Estados Unidos**

## Directorio de ONG

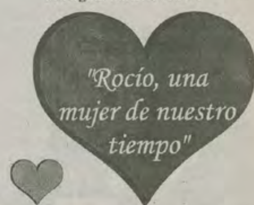
Publicado por Conasida, México, 1995. 39 pp. La edición ofrece una compilación de datos sobre objetivos y acciones de las organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en sida, ya sean de servicio exclusivo en sida o las que lo abordan en alguna de sus aristas de trabajo. Aunque el directorio no las separa, incluye a Asociaciones Religiosas (AR), que en México cuentan con propia personalidad jurídica, y a Organizaciones Comunitarias (OC), que no cubren ese requisito pero trabajan en sida, como son los Grupos de Autoapoyo y los Grupos de Artistas.

La publicación contiene información sobre 113 organizaciones, de las cuales 50 por ciento se ubica en 24 estados de la República y el 50 restante en la Ciudad de México. 49 por ciento del total, se dedican exclusivamente al servicio en sida, 19 a sexualidad, y el 32 restante, en ese orden, a grupos de mujeres, artistas, homosexuales, trabajadoras sexuales, asociaciones religiosas, derechos humanos, jóvenes, salud, niños, sicólogos, albergues y ecologistas. Para su consulta, contiene un índice alfabético por estado. Su excelente presentación, ofrece un análisis del proceso de las ONG y el sida en el país, y los apoyos que el Conasida les ofrece.

A pesar de que el propósito del directorio es "difundir y promover el trabajo de las ONG", permite al estudioso encontrar datos de su expansión, que incluyen cada vez más a diferentes sectores poblacionales. No registra, lamentablemente, desde cuando. También, podrá apreciar que el total de este trabajo se concentra en zonas urbanas. Otros datos podrían favorecer este tipo de trabajo: cuántas ONG son financiadas, origen de sus recursos (nacional o internacional), beneficiarios y ahorro al gasto público que representan, entre otros. Para adquirir este directorio: *Conasida, tels: 528-4874 y 528-4865* (**A.D.**)●

**Regálale una oportunidad a tu vida**

**Protégete contra el SIDA**




**Diana Bracho es, Rocio**

Escucha la radionovela en las siguientes radiodifusoras

**Promocional de la radionovela sobre sida que se transmite por 23 radiodifusoras de Oaxaca gracias al impulso de Comunicación Social del Gobierno del Estado y a LETRA S**





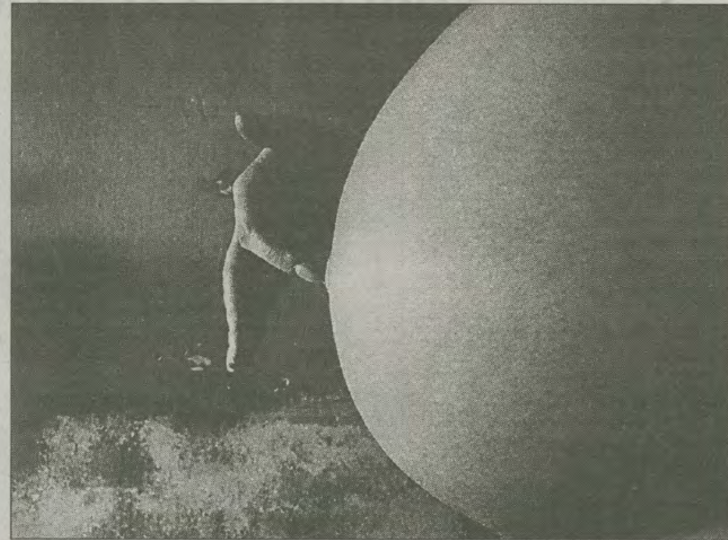
# Etica de la detección del VIH en mujeres embarazadas

**RONALD BAYER**

La administración del AZT a la madre durante el embarazo y el parto, y al niño poco tiempo después de haber nacido, puede reducir el riesgo de transmisión del VIH en más de un 60 por ciento. No es posible soslayar la importancia de este descubrimiento. ¿Acaso el prospecto de un beneficio semejante autoriza la detección obligatoria del VIH en mujeres embarazadas? Aunque existen presiones para implementar dicha política, es poco probable, desde un punto de vista ético, que se vuelva aceptable el diagnóstico obligatorio de las mujeres embarazadas, aun con el prospecto de salvar a los bebés de la infección por VIH.

¿Y por qué no sería eso posible, dado sobre todo que las nuevas condiciones en las clínicas podrían exigir la detección obligatoria del VIH en recién nacidos, lo que a su vez equivaldría a una detección **de facto** del VIH en sus propias madres? La respuesta es elocuente en materia de ética de la detección y del tratamiento.

Ha habido, por supuesto, casos en los que se ha intentado imponer un tratamiento a las madres para proteger al feto. En algunas situaciones relevantes, ha habido intentos de imponer una cesárea cuando la vida del bebé parecía requerirlo. Aunque comúnmente se rechazan estas intrusiones en tanto invasiones a la integridad del cuerpo femenino, hay casos de intervenciones médicas obligatorias que han provocado menos controversias. En algunos estados de la Unión Americana se exige la detección de la sífilis y la hepatitis durante el embarazo. En efecto, los Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades apoyan la detección obligatoria de la hepatitis B con el propósito de proteger al niño. La penicilina es una terapia no tóxica y puede curar la sífilis en la madre sin afectar al bebé. Para los recién nacidos cuyas madres resultan positivas a la prueba de la hepatitis se recomienda una terapia preventiva para evitar que se declare en ellos la enfermedad.



Jan Saudek

### El derecho a la información y al consentimiento

Es diferente, sin embargo, el tratamiento obligatorio con AZT para reducir los riesgos de transmisión del VIH de las mujeres embarazadas a sus fetos. Primeramente, el tratamiento —tomar AZT cinco veces al día durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, administrar AZT por vía intravenosa durante el parto, y dar AZT al recién nacido— representa ciertos riesgos para la madre. A corto plazo pueden manifestarse efectos negativos, e incluso sin ellos, no es claro que haya efectos benéficos si la madre está aún saludable, como es el caso con muchas jóvenes embarazadas seropositivas. A largo plazo, la mujer puede desarrollar una resistencia al AZT, de tal forma que cuando ella misma pudiera llegar a necesitar dicho tratamiento, la droga resultaría ya ineficaz. En segundo lugar, se desconoce todavía si existe riesgo alguno para el 70 u 80 por ciento de los bebés que no presentan VIH. En tercer lugar, el tratamiento con AZT no garantiza que se suprima la transmisión del VIH, sólo reduce drásticamente las posibilidades de esa eventualidad.

El consentimiento con información es un derecho de todo ser adulto. Si dicho derecho ha de tener un significado en tanto principio ético, sin duda protegerá el derecho de una mujer embarazada a rechazar dicha terapia. Es difícil imaginar que se imponga ese tratamiento a una mujer que se resista a él; nada lo haría posible, excepto el encarcelamiento. Así, la logística del tratamiento con AZT y el principio del consentimiento con información vuelven inaceptable el tratamiento obligatorio. Este se puede recomendar, incluso con carácter de urgencia, pero finalmente la mujer debe conservar su derecho a rechazarlo.

Si no es posible justificar el tratamiento obligatorio con AZT de las mujeres embarazadas, se deduce entonces que no existe justificación alguna para la detección obligatoria de las mujeres embarazadas con el objeto de identificar aquellas cuyos neonatos podrían beneficiar de una intervención terapéutica con AZT durante la preñez.

El mismo argumento se aplicaría a la detección obligatoria de mujeres embarazadas a cuyos bebés se podría proteger, con una cesárea, de la transmisión del VIH. Se ha comprobado que la transmisión vertical del VIH puede reducirse si se le practica una cesárea a una mujer con VIH, quien de otra manera tendría que soportar un parto prolongado. Dados los riesgos potenciales de una cesárea y la enorme intrusión a la integridad corporal que representaría esa cesárea obligatoria, dicha intervención sería una violación al principio más elemental de la ética médica. Resulta claro aquí, como en el caso del AZT, que si no es posible imponer el tratamiento, tampoco se puede imponer la detección.



Javier Cruz Morales

**Locutores de 20 radiodifusoras de Oaxaca reciben un curso de capacitación sobre VIH/sida. El taller fue impartido por LETRA S y por la organización no gubernamental Frente Común de Lucha Contra el Sida para sensibilizar a los comunicadores en esta entidad.**

### El derecho a la privacidad y a la integridad corporal

Es así como se pone claramente de manifiesto la importancia de distinguir entre detección de mujeres embarazadas y detección de recién nacidos. No se puede obligar a las mujeres embarazadas a someterse a la detección de anticuerpos al VIH porque virtualmente ellas siempre tienen el derecho de rechazar intervenciones terapéuticas. Por otro lado, la detección obligatoria de los recién nacidos puede justificarse, bajo condiciones clínicas apropiadas, porque los niños bajo riesgo tienen derecho a un tratamiento, incluso si sus padres lo rechazan.

Más primordial para la atención de los bebés que pudieran nacer con la infección por VIH, y para sus madres, sería la creación de programas públicos que garantizaran el acceso a una detección voluntaria y a cualquier tipo de tratamiento que fuera necesario. En países con vigorosos sistemas de salud pública, en los que a todos los ciudadanos se les garantiza la atención médica, esto representaría un problema menor que en los Estados Unidos con su fragmentado sistema de asistencia pública, donde no existe un derecho a la atención médica, independientemente de la capacidad de pago de cada persona. En naciones ricas e industrializadas el principal desafío ético que plantean los beneficios potenciales del tratamiento con AZT durante el embarazo es por lo tanto una cuestión de justicia social, y a la vez, un imperativo de proteger los derechos a la privacidad y a la integridad corporal.

### Una realidad amarga: el costo del AZT en el Tercer Mundo

Más son cruciales, las implicaciones globales de los prospectos de reducir con AZT la transmisión del VIH de mujeres infectadas a sus bebés. Estamos aquí ante una ironía amarga. El peso y la tragedia del sida pediátrico es, abrumadoramente, un problema mayor en los países pobres de Africa, Asia y América Latina. Es en estas naciones donde tendrían mayor impacto los beneficios de administrar el AZT durante el embarazo. Sin embargo, los costos del AZT prácticamente pulverizan todo prospecto de proporcionarlo en estos lugares. Lo único que podría cambiar esta situación sería un compromiso financiero considerable por parte de las naciones más ricas en favor de las más necesitadas. Existen pocas razones de ser optimistas cuando vemos la disposición de muchos países ricos a tolerar el sufrimiento y el deplorable nivel de mortandad infantil en las naciones más pobres del mundo. Ese fracaso debería verse como lo que es en realidad: otra triste ilustración de la negativa de la comunidad internacional a cumplir con sus obligaciones morales frente a un sufrimiento humano prevenible ●

---

Tomado parcialmente de la revista **Reproductive Health Matters**. Noviembre, 1994. 4.
Traducción: Carlos Bonfil.

# La información no implica la conciencia del riesgo

NOHEMY GARCIA DUARTE

Este 8 de marzo se conmemora una vez más el Día Internacional de la Mujer, ocasión que aprovechamos para abordar un tema hasta ahora poco analizado, no obstante la importancia numérica que a últimas fechas ha cobrado en el ámbito médico-social. Nos referimos a la participación del sexo femenino en un problema de salud pública de primer orden como lo es el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida), enfermedad ante la cual, acusan las estadísticas, la mujer es víctima creciente.

De acuerdo con las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1987 la relación de infectados de VIH era de una mujer por cada 23 hombres. Tres años después la proporción aumentó en perjuicio del sexo femenino, pues en 1990 en México, la relación era de una mujer por cada siete hombres enfermos. La misma fuente resume que de los 6 millones de casos de sida registrados en todo el mundo durante 1990, 2 millones eran mujeres.

Estas cifras, citadas en el texto **Sida en México. Migración, adolescencia y género** (México, 1995), por los autores del capítulo tres dedicado a la población femenina, Rosa María Martina y Mario Bronfman, resaltan la necesidad de atender esta problemática de salud pública con mayor interés.

En este sentido, dichos investigadores llaman la atención sobre el hecho de que las estrategias de comunicación para prevenir el sida han sido "globales", esto es, dirigidas a todo tipo de público, cuando lo que se requiere, por el contrario, es ahondar en problemáticas particulares, en este caso la de la mujer, ya que, afirman, "las experiencias previas permiten suponer que existe un bajo nivel de conciencia en la población femenina respecto al riesgo de contraer la infección. Todo parece indicar —subrayan— que poseer información sobre el sida, sus vías de contagio, sus formas de prevención, etcétera, no implica necesariamente la adquisición de una conciencia sobre el riesgo y, por lo tanto, la adopción de comportamientos preventivos."

Esta conducta social, mayoritaria entre la población femenina del país, se ilustra con el testimonio de mujeres solteras y casadas, con hijos y sin ellos, jóvenes estudiantes, secretarias, profesoras e investigadoras, a quienes **LETRA S** entrevistó sin previo aviso. Todas ellas pertenecen al medio urbano de la ciudad de México y sus edades oscilan entre los 23 y los 46 años.

*"A las jóvenes nos pasa que muchas veces no pensamos antes de hacer las cosas; nuestra intención es no tener relaciones sexuales, aunque a la mera hora sí se tienen, y por no quererlo hacer bien se hace sin precaución"*

**Cuando decimos no, queremos decir que sí**

Con soltura y gran interés en el tema, Miriam Beatriz Macías, pasante de economía del Instituto Politécnico Nacional (IPN), afirma saber que el sida es una enfermedad infecciosa, que se transmite por vía sexual y que es mortal. "Esto lo sé —dice— por los medios de comunicación masivos, y por las actividades que en la escuela se realizaban a propósito". No obstante, reconoce que entre sus amigas no era un asunto de conversación recurrente. "Sólo tenía dos amigas —precisa— con las que platicaba de todo, o de casi todo, pues eran muy cerradas acerca de éso. No hablábamos de nada que se refiriera a sexo."



José Antonio López

Miriam acepta sentirse en riesgo de adquirir el VIH, debido a que "muchas veces no se tiene el suficiente cuidado. A las jóvenes nos pasa que muchas veces no pensamos antes de hacer las cosas; nuestra intención es no tener relaciones sexuales, aunque a la mera hora sí se tienen, y por no quererlo hacer bien se hace sin precaución."

Este conflicto existencial al que cotidianamente se enfrentan las jóvenes, tiene sus raíces en la formación moral que reciben en el entorno familiar, considera la pasante de economía del IPN, pues, señala, "a pesar de que hay mucha información sobre el sida, a las mujeres nos falta tener mayor conocimiento y ser más receptivas respecto a éso. Estamos aún muy cerradas, yo creo que porque en nuestra casa no nos hablan lo suficiente del tema; nuestros padres no nos dan la confianza necesaria para hablar de sexo."

Ante esta preocupación, la joven entrevistada —de 23 años de edad— apunta que una forma de adquirir más conciencia en torno a la prevención del sida se daría en el ámbito familiar: "los papás deberían darnos un poquito más de libertad para hablar de sexualidad, porque ahora ha sido un tema tabú; si acaso se nos advierte que siempre una lo hace, y a la primera vez se embaraza sin que haya sido la intención. Este es el caso de una amiga a la que tenían muy encerrada en su casa, y creo que ese es el problema mayor."

Verónica Xóchitl Ávila Hernández, de 24 años de edad y estudiante de inglés, además de compartir las opiniones e inquietudes de Miriam, propias de la juventud, también se reconoce en peligro de contraer la enfermedad de "fin de siglo", como se le ha dado en llamar al sida.

"Creo —asevera esta joven de risa franca y sonora— que todos estamos en riesgo porque no sabemos quien pueda estar infectado. Una ve a sus amigos, o a la pareja, y piensa que ellos no pueden estar enfermos, o que ellos no frecuentan los lugares en donde existe mayor riesgo de infección, pero eso es lo que una piensa. La verdad es que nadie sabe, por eso creo que la mejor manera de prevenir es la abstención, porque el riesgo existe y nadie se puede escapar. Te puede suceder en cinco minutos de locura o de lo que sea, y tanto los hombres como las mujeres tenemos la mismas posibilidades de infección."

Verónica vive con dos hermanos menores, ante quienes siente la obligación de orientar sobre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, "aunque no tengo mucha información al respecto, entre otros motivos porque creo que todavía es un tabú hablar de sexo con tus padres, y de nuestra parte no nos preocupamos mucho por investigar. Por otro lado, creo que no existen suficientes programas de televisión que hablen de este problema."

**Sexo sí, pero con orden**

Entre la población femenina mayor de 30 años las preocupaciones sobre el sida no distan mucho de lo hasta aquí señalado. Es el caso de Leticia Trejo, de 31 años de edad y secretaria de profesión, para quien esta enfermedad, transmisible por vía sanguínea o sexual, "es un problema grave sobre el cual no hay la suficiente información, y la que hay no es aprovechada suficientemente por la gente porque no estamos acostumbrados a oír noticias, leer periódicos o ver reportajes de este tipo. Muchas veces preferimos ver comedias u oír música en vez de programas que hablen de este problema."

Esta conducta de aparente indiferencia quizá se deba, prosigue Leticia Trejo, a la escasa educación sexual que por igual poseen hombres y mujeres. Sin embargo, aclara que en el caso de la población femenina el riesgo de infección por VIH es menor, "porque por convicción, las mujeres somos más fieles; mientras que los hombres, sobre todo los jóvenes, no falta que tengan alguna aventurilla por ahí y ni se acuerden de usar condón."

Ante esta situación, advierte Leticia, la mejor manera de estar a salvo es "tener relaciones sexuales con el orden debido, es decir, con una sola persona y utilizar condón en caso de que no se conozca suficientemente a la pareja".

**El riesgo, en cualquier sitio**

Por su parte, Eva Castillo Robles, profesora de secundaria en el área de Historia, apunta que aunque actualmente no mantiene una relación de pareja, "no por esto me siento exenta del riesgo de infectarme de sida, ya que el peligro está latente en cualquier sitio. Se me ocurre pensar en el consultorio del dentista o en el salón de belleza que acostumbremos ir, si no hay la higiene y los cuidados debidos podemos infectarnos, pues se sabe que una de las vías de transmisión del sida es la sanguínea, no sólo la sexual."

Con esta lógica, Eva cree conveniente que se "humanice" más la comprensión del VIH como un problema de salud pública, "que no se satanice a las personas que lo padecen, ya que en muchas ocasiones resulta peor para el paciente el rechazo social que el sufrimiento propio de la enfermedad".

Cuando las mujeres son madres, la percepción de riesgo de contraer el virus de sida se dirige al núcleo familiar, en particular hacia los hijos. En este contexto se expresa Atenodora Marbán Téllez, madre de tres hijos —dos casados— y directora de educación primaria. Para ella lo más temible de esta enfermedad es "pensar que no se puede controlar la fidelidad de la pareja, y como en mi caso no me gusta usar condón, estoy consciente del riesgo que corro ante esta decisión, pero lo asumo".

Manifiesta además que para una mujer casada que mantiene relaciones sexuales con una única pareja, evitar contraer la infección del sida está fuera de su control y, en consecuencia, "lo que queda es el compromiso de la pareja de no infectarse y no infectar a su compañera, de que sea él quien tome las precauciones en el caso de las relaciones extramaritales que pueda tener. Ahora bien, creo que esto es muy difícil de lograr en una relación de pareja en crisis, y entonces el riesgo crece."

Con sus tres hijos, el tema del sida suele ser centro de conversaciones familiares, comenta Atenodora, en especial sobre el uso del condón y la responsabilidad que cada uno de ellos debe asumir en una relación de pareja, y que en el caso de las parejas jóvenes el riesgo se incrementa por llevar una vida sexual más activa.

Por ello afirma que el Estado mexicano debería tomar medidas más efectivas para detener la expansión del VIH, entre las que sugiere que los análisis prenupciales solicitados en el registro civil para quienes desean contraer matrimonio incluyan la detección de anticuerpos al VIH en ambos contrayentes.

Agrega que es necesario difundir más este problema, pues "siempre se piensa que a todo el mundo le puede dar sida, menos a uno, y si además se considera que en el seno familiar hay muchas cosas que se usan en común —como el rastrillo, por mencionar sólo una—, entonces los riesgos se multiplican. Por todo esto creo indispensable conversar mucho con los hijos sobre este asunto y, sobre todo, recomendar el uso del condón".

**No es sólo por sexo**

Una visión más de la vinculación sida-mujer es la de Carmen Guzmán Bracho, investigadora en parasitología de la Secretaría de Salud (SS), esposa y madre de una pequeña hija.

Para Carmen, la creciente influencia del VIH sobre la mujer adquiere carácter de emergencia durante los últimos años, y como problema específico de este sexo debe tener un enfoque distinto al problema de salud que en general representa para la sociedad. Esto debido a que, indica, en muchos de los casos la mujer es "víctima de la infección, no es ella la que decide correr el riesgo de enfermarse o no, sino que se encuentra a expensas de su pareja. En particular -añade-, cuando en la relación que mantienen en común no existe la suficiente confianza, se demuestra cobardía, y hasta egoísmo, por parte del compañero para enfrentar la situación abiertamente."

Para la investigadora, de 38 años de edad, esta situación de riesgo reviste matices trágicos cuando a la falta de conciencia del problema en la pareja se le suma la transmisión de la infección a un hijo. "Cuando una mujer embarazada —ejemplifica— inconscientemente le transmite el virus a su hijo, que puede ser muy deseado, y en donde ella no tiene mayores posibilidades de hacer algo para salvarlo, la situación se vuelve totalmente trágica."

Por ello, la química farmacobióloga considera que el problema del sida en relación con la mujer debe manejarse de manera distinta que con el hombre, sobre todo cuando se trata del binomio madre-hijo. Asimismo, agrega, "creo que el problema de sida debe manejarse con mayor amplitud, sobre todo en lo referente al riesgo que implica el estar expuesto a contraer esta enfermedad por diferentes vías, no sólo la sexual, ya que a veces la gente teme hablar del sida por los tabúes que tiene respecto a la sexualidad."

Finalmente, manifiesta Carmen Guzmán, resulta necesario que a través de mensajes diversos se recalque entre los adolescentes, y aún entre los adultos, "el riesgo que existe de contraer esta enfermedad por vías diferentes a la sexual, para que así se dé la posibilidad de que se hable más del tema tanto en los núcleos familiares, como en los laborales y los escolares." ●

Periodista y académica de la Universidad Pedagógica Nacional.







José Antonio López



Sara Facio

# Tres actitudes frente a un mismo drama

**HILDA ADRIANA**

La directora del Centro Femenil de Readaptación Social del Distrito Federal, licenciada Hilda Adriana Hernández Ravelo, es una mujer inteligente y conocedora de su trabajo, pues lleva años en el sistema carcelario mexicano.

Amablemente, y sin ambages, la funcionaria contestó nuestras preguntas. Incluso, por acompañarnos en un recorrido por las instalaciones de Tepepan, se perdió la pastorela, montada por niños que viven en la prisión con sus madres.

He aquí algunos de sus comentarios:

"En este centro no hemos presenciado la muerte de ninguna reclusa por sida, pues la mayoría esta aquí por robo y tiene sentencias relativamente cortas.

"Hasta ahora, no he tenido que pedir una partida especial para atender a las seropositivas, porque nunca hemos tenido a más de un puñado a la vez y ninguna de las tres actuales está tomando AZT y comen lo mismo que las demás. Además, como pudieron ver, tienen habitaciones individuales con todo y baño, regadera y lavabo.

"Desafortunadamente, hace poco tuvimos que segregar a una de ellas en el apando, porque tiene algo de retraso mental y agredió a otra portadora del VIH. Quince días es lo más que conservamos a cualquier presa allí."

"Hoy en día, tenemos un total de 220 mujeres, entre detenidas y custodias.

**MARÍA ALMA**

Es colosal la responsabilidad de la licenciada María Alma Pacheco, directora General de la Tercera Visitaduría de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). Su oficina, que cuenta con unos 44 colaboradores —como Gabriela González, quien me acompañó en lo recorridos carcelarios y a quien agradezco y respeto de verdad por su paciencia, información y entrega—, incluidos choferes y secretarias, no sólo está a cargo de la atención de portadores del VIH y enfermos de sida encarcelados, sino también del ámbito penitenciario, instituciones de menores infractores, hospitales siquiátricos, estaciones migratorias y los separos de la Policía Judicial Federal.

Así, el trabajo coordinado por la sonriente Pacheco se antoja titánico. Entre 1991 y fines de 1994, su equipo visitó las 450 prisiones del país, es decir, desde las que tienen sólo un interno hasta las de 4 mil, desde a las que se llega después de las 10 horas de caminata, hasta a la que sólo se tiene acceso en avioneta.

Cabe hacer notar, por otro lado, que en octubre del año pasado fue la primera vez que la CNDH emitió una recomendación concerniente al respeto de los derechos humanos de seropositivos y pacientes de sida. Esta fue hecha al Gobierno del estado de Chihuahua, que puede tomar hasta tres meses para responder, según lo establecido.

"Una de las principales violaciones carcelarias tiene que ver con la confidencialidad sobre la atención física del paciente, la visita íntima y la externación en casos de enfermos terminales", nos dice la funcionaria en sus oficinas al sur de la capital.

"Sin embargo, debo decirte que las posibilidades de logros de la CNDH son todavía muy limitadas. Creo que la pronta difusión de varios programas —para los cuales hemos trabajado con Conasida—, servirá como guía para pacientes, familiares y personal.

"Por otro lado, sabemos que unos centros penitenciarios siguen haciendo la prueba de detección en forma obligatoria. Incluso, algunas de esas instituciones segregan al recluso. Así, todos los internos se enteran del problema.

"A diferencia de lo que te dijo el Director General de la Penitenciaría del Distrito Federal, la CNDH no ha recomendado la segregación, sino que se destine una área específica para personas con enfermedades infectocontagiosas, durante el periodo de aislamiento para la curación o previsión. Lo que dijimos fue malinterpretado.

"Ahora bien, yo no creo que a los reclusos con VIH se les esté usando como conejillos de Indias, pero sí creo que hay desinterés de las autoridades médicas y carcelarias, que no se preocupan por el estado físico, mental ni jurídico de los pacientes. Pienso qũe esa apatía se debe a que piensan que los seropositivos de todas formas se van a morir y no hay porque ocuparse ellos. Además, hay que agregar que esa falta de interés se ve en el trato que las autoridades le dan a toda la población carcelaria", concluye la licenciada Pacheco, que lleva quince años trabajando en prisiones y quien también participa en actividades técnicoadministrativas en el Cefereso de Almoloya.

**LLUVIA**

Lluvia jamás se imaginó que su vida fuese a dar un vuelco tan doloroso. Desde que hace unos años se enteró de que Ramiro, su pareja, era seropositivo, la mujer nunca ha vuelto a ser la misma. Cuando él fue detenido, acusado de violar a un menor de edad, sobrino de Lluvia, sus vidas se transformaron radicalmente.

Totalmente convencida de la inocencia de Ramiro, la joven no sólo se ha convertido en su principal defensora y proveedora de literatura sobre cuestiones relacionadas con el sida, sino también en organizadora de las esposas de portadores del VIH, especialmente con el fin de que, como al resto de la población presidiaria, se les permita la visita conyugal, derecho humano hasta ahora negado a seropositivos, pues gran parte de nuestra sociedad parece ya haberles dictado la pena de muerte.

Cedamos la palabra a Lluvia, una admirablemente valerosa mujer, que decidió declararle la guerra al fatalismo:

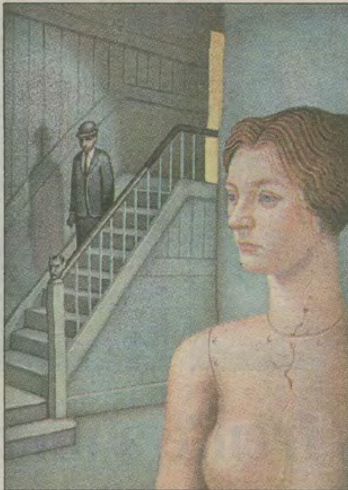
"Me cansé de llorar, se me acabaron las lágrimas. Fue cuando acudí a la Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida, A.C. Fue el total 'aliviane', porque allí sí se podía decir que Ramiro era seropositivo, sin tener que mentir, como en todas partes. Con tantas tragedias, nuestra relación se ha fortalecido.

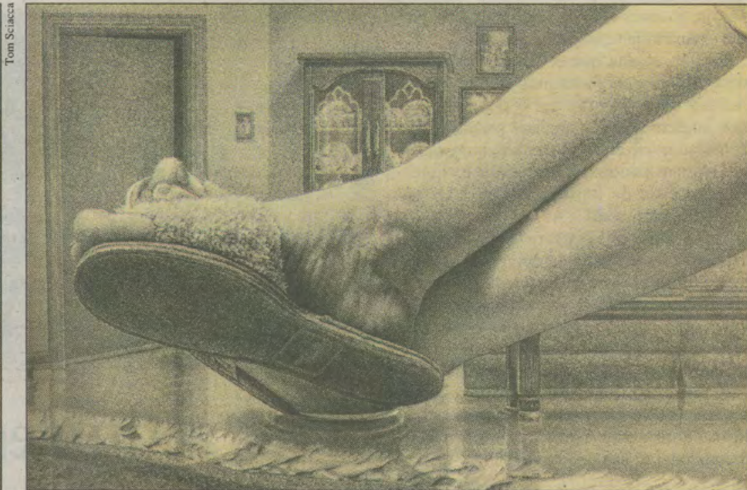
"Por otro lado, cinco mujeres de presos con VIH, hemos estado juntando los requisitos para la visita conyugal: un VDRL negativo, un exudado vaginal normal, acta de matrimonio o dos cartas de constancia de familiares confirmando que la pareja tiene tiempo en unión libre, dos fotografías y acta de nacimiento de los hijos, si los hay. Yo y Elvira ya tenemos nuestros papeles, pero estamos esperando a las otras tres.

"Otro requisito que nos pidió el anterior director de la penitenciaría es la firma de una carta liberando a las autoridades de cualquier responsabilidad, en caso de que resultemos contagiadas. Dijimos que no teníamos ningún inconveniente, porque todas estamos en condiciones de ejercer nuestra sexualidad responsablemente. Además, hemos tomado talleres de sexo seguro en Conasida.

"Al inicio, cuando primero se abrió el Dormitorio 8, no los dejaban mezclarse con el resto de la población. ¿Sabes cómo los dejaron salir? Javier se cortó las venas. 'Si no me dejan salir, prefiero morirme ya', dijo y el director tuvo que ceder. Allí, lo único que entienden es la presión." **(Lilia Rubio.)** ●

La expresión de la violencia contra las mujeres no es únicamente física o sicológica, también se manifiesta en un nivel más sutil, menos perceptible, pero por lo mismo mas persistente y arraigado: la violencia simbólica. Las autoras del presente ensayo, Marta Lamas, destacada feminista y antropóloga y Ana Luisa Liguori, investigadora y estudiosa del sida, explican cómo es que esta violencia, producto de la doble moral, expone a la mujer a un mayor riesgo de infección por VIH


Tom Sciacca


Judy Garlan

# El riesgo mortal de la doble moral

MARTA LAMAS Y ANA LUISA LIGUORI

Todos los análisis de datos mundiales y nacionales recientes sobre casos de VIH/sida indican que cada vez hay más mujeres infectadas. Y todos concluyen que las mujeres, de mayor vulnerabilidad fisiológica a la infección, enfrentan serias dificultades para tomar medidas de prevención. La mayoría de los estudios, si no es que la totalidad, señalan los problemas de subordinación social de las mujeres como causa de dichas dificultades para negociar el uso del condón con su compañero sexual.

El interés por diseñar estrategias más eficaces para enfrentar la negociación del uso del condón, con la pareja estable y con la ocasional, nos conduce al problema clásico de ¿qué hacer?

Es evidente que se requieren intervenciones de tipo distinto, sostenidas entre sí por una amplia campaña de comunicación social. Queremos enfatizar la importancia de trabajar desde una perspectiva que comprenda el peso simbólico del género, entendida ésta como una que reconozca las dificultades síquicas y culturales de las mujeres para hacer frente a la violencia simbólica de la doble moral.


Jan Saudek

En uno de los escasos ensayos que aluden directamente a la dinámica interpersonal síquica en relación con el sida, Torres Arias y Liguori[1] se proponen explorar las posibilidades de las mujeres para negociar la utilización de medidas de prevención y para lograr que los hombres las acepten. Al preguntarse si son los mismos obstáculos los que se les plantean a los hombres que a las mujeres para llevar a cabo la prevención, dichas autoras hacen una elaboración sobre las dificultades síquicas que enfrentan las mujeres en la negociación de las prácticas de sexo más seguro.

Sin embargo, como ellas señalan, es mucho más lo que está en juego en el marco de nuestra cultura. La valoración que la doble moral da a las mujeres busconas, fáciles, "ligeras de cascos", aventadas, en suma, una serie de calificativos que las ubican más del lado de las "putas" que del de las mujeres "decentes". Así, las mujeres con una actitud abierta y directa respecto a su sexualidad se exponen a la estigmatización, a ser rechazadas por sus compañeros, a ser cuestionadas sobre su "decencia" y a las implicaciones sociales de una conducta atípica, entre las que destaca el menoscabo de su reputación.

En este ensayo partimos de la conclusión con que Torres Arias y Liguori cierran su reflexión: "mientras el costo síquico y social de los cambios que necesitamos promover sean demasiado altos para las mujeres, ellas preferirán conservar el *status quo*". Analizar cuáles son los costos síquicos y sociales tan altos para que las mujeres prefieran conservar el *status quo* a riesgo de morir nos ubica de lleno en la problemática de lo simbólico. Sabemos que el lugar que ocupan las mujeres en distintas sociedades las ubica en una posición subordinada con respecto al varón; tanto la dependencia económica como la falta de poder social de la mujer son factores determinantes en este posicionamiento. Sin embargo, menos evidente es el punto que trata precisamente de la función simbólica, construida por el género.

Bourdieu dice:

> *Para explicar el hecho de que las mujeres, en la mayoría de las sociedades conocidas, están consignadas a posiciones sociales inferiores, es necesario tomar en cuenta la asimetría de estatus adscrito a cada género en la economía de los intercambios simbólicos. Mientras que los varones son los sujetos de las estrategias matrimoniales, a través de las cuales trabajan para mantener o aumentar su capital simbólico, las mujeres son siempre tratadas como objetos de dichos intercambios, en los que circulan como símbolos adecuados para establecer alianzas. Así, investidas de una función simbólica, las mujeres son forzadas continuamente a trabajar para preservar su valor simbólico, ajustándose, amoldándose al ideal masculino de virtud femenina, definida como castidad y candor, y dotándose de todos los atributos corporales y cosméticos capaces de aumentar su valor físico y su atractivo.*

El punto clave es "el ideal masculino de virtud femenina, definido como *castidad y candor*". No vamos a desarrollar cómo surge el mito de la mujer casta[2]. Valga señalar que está vinculado a la necesidad de la virginidad como garantía de la paternidad. Hoy se sabe científicamente que el impulso sexual es semejante en los seres humanos y que es la sociedad la que "domestica" a las mujeres. O sea, es la valoración de género la que establece que las mujeres no desean ni necesitan el sexo en la misma medida que los varones.

La construcción del género es un proceso de simbolización que toma la diferencia sexual como un referente sobre el cual construir, y justificar, las demás diferencias elaboradas socialmente. El género produce las ideas, prácticas y representaciones sociales que consideran que ciertas cuestiones son "propias" de los hombres y otras "propias" de las mujeres. Lo que se considera moral se establece precisamente a partir de esas ideas.

De ahí que dos moralidades sexualizadas, una para hombres y otra para mujeres, rijan las conductas femeninas y masculinas: lo que es válido para unos no lo es para otras. La sexualidad activa es atributo masculino y la castidad, la virginidad y el pudor son atributos femeninos. No se suele cuestionar que las mujeres deben ser castas y candorosas, idea cultural que estructura la estigmatización simbólica de las mujeres que no lo son (las "putas", las fáciles, etcétera). El control sexual de todas las demás se basa en su "reputación": divide a las mujeres en "putas" o "decentes". Todas las mujeres, "putas" y "decentes", viven en carne propia la prescripción de la doble moral sexual, tan profundamente arraigada que no requiere justificación. Las estructuras de dominación de *género* reproducen la violencia simbólica[3] de dicha división entre *decentes* y *putas*, lo que sirve para controlar y mantener a raya a *todas* las mujeres.

La lógica del *género* está tan profundamente arraigada que no requiere justificación. Retomando la definición de Bourdieu[4] sobre la violencia simbólica —la violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento— vemos que esta violencia la reproducen las propias mujeres. Al ser introyectada, la valoración cultural se vuelve una convicción personal. Las propias mujeres, al asumir conductas atípicas a la prescripción cultural, sienten que se alejan del modelo de feminidad "decente". Esto les genera distintos grados de violencia y conflicto, dependiendo de su nivel de escolaridad, de su estatus marital y de su conciencia.



Además, en nuestra sociedad el eje estructurador de la valoración de la feminidad es el conjunto de virtudes de abnegación, altruismo y sacrificio de la maternidad, que deja fuera la sexualidad. El ideal femenino se conjuga en la secuencia *feminidad-maternidad-amor-servicio-abnegación-sacrificio*. Las madres no están sexualizadas. La ausencia de un modelo valorado de mujer sexualizada tiene un impacto simbólico en el conjunto de las mujeres y reafirma el mandato cultural de la doble moral: las mujeres a las que les gusta la sexualidad son *putas*, se dediquen o no a la comercialización de su actividad sexual; es "puta" la que se acuesta con muchos, aunque no cobre; y también la que se acuesta con facilidad, la que asume abiertamente su deseo sexual. Vemos pues que la lógica del *género*[5] es la que entrelaza las pautas culturales de dominación y subordinación que moldean lo sexual con los discursos sociales que organizan los significados distintos para mujeres y hombres. Sabemos que la sexualidad no es "natural", sino que ha sido y es construida. Es la simbolización cultural del *género* la que inviste de valor, o denigra, ciertas expresiones de la sexualidad, dependiendo de si las practica una mujer o un hombre.

Si a eso le sumamos los conflictos alrededor de la fidelidad y la confianza, junto con lo que Torres Arias y Liguori plantean sobre la dinámica síquica de la relación heterosexual en nuestra sociedad, en el sentido de que "en la elección amorosa se juega el narcisismo de los sujetos", tenemos un complejísimo panorama por el cual a las mujeres, casadas y no casadas, les genera muchísima violencia simbólica solicitar el uso del condón.

El condón "mete ruido" en la relación, ya que introduce "el fantasma del sida y el pasado sexual de cada uno" en la relación amorosa, y porque "socialmente el condón ha estado también asociado a enfermedades venéreas, a su uso con prostitutas". Además, el condón confronta a las parejas con el tema de la confianza y la infidelidad: plantear el uso del condón parece significar "no me fío de ti". El fantasma del sida coloca en el centro de las preocupaciones de las parejas no sólo la relativa al contagio, sino otras, muy dolorosas y desestabilizantes: ¿por qué no me ama sólo a mí?, ¿me estará engañando?

**En el diván lo dicen todos**

Todas estas cuestiones son difíciles y dolorosas de plantear. Aunque para las mujeres que no están en una relación estable casadas es de una gran violencia simbólica pedir el uso del condón, pues conjura el fantasma de la prostitución en relación a su feminidad: su reputación (ser vistas como "descaradas", "experimentadas", "fáciles"), al menos los problemas de confianza y fidelidad no son tan graves. En este grupo es más importante el problema síquico del narcisismo, que atinadamente marcan Torres Arias y Liguori. "Para el hombre, que la mujer se le anticipe atenta contra su narcisismo masculino. Síquicamente hablando, es como revivir la angustia de la castración. La mujer demasiado 'descarada' no le gusta porque le asusta no poder satisfacer a esa mujer tan deseosa. Los hombres pocas veces lo admiten, pero en el diván lo dicen todos. Por eso tantas veces las mujeres liberadas tienen dificultades para encontrar un hombre: ponen en entredicho su virilidad. Ellos defienden esa virilidad haciendo ostentación del machismo, dominando a la mujer o inclusive denigrándola." Las autoras concluyen, acertadamente, que para las mujeres la propuesta de usar condón se vuelve problemática, pues las denigra en su sexualidad y en su feminidad.

Para las mujeres que sí están comprometidas en una relación de pareja, casadas o no, el dilema sobre la fidelidad y la confianza es tremendo: si le propone al compañero sexual usar condón, eso significa o que sospecha que él tiene otra vida sexual, o que le está dando permiso para que la tenga; también hay otra posibilidad de gran violencia simbólica: que ella misma esté teniendo relaciones y quiera protegerlo. En parejas con poco tiempo de constituidas se podrá argumentar que no es por ninguna de las anteriores, sino por el riesgo de sus "pasados sexuales", con lo cual vuelve a reaparecer la cuestión de la "reputación" femenina. Y en parejas con más tiempo, las mujeres se encuentran absolutamente desvalidas, ya que probablemente su marido ha sido su único compañero sexual, con lo cual el conflicto de la confianza reaparece con fuerza.

Vemos entonces que las mujeres, especialmente las que tienen pareja estable o están casadas, quedan atrapadas en una situación sin salida, donde proponer el uso del condón implica perder, pues, además del riesgo de la "reputación", con el fantasma de la prostitución rondando, y el atentado narcisista:

1. si le dice que lo use, está aceptando implícitamente la infidelidad;
2. si le dice que se lo pide porque no le tiene confianza, puede significar una ruptura o bronca seria;
3. si lo pide reconociendo la posibilidad teórica de que ambos tengan relaciones extraconyugales, es echarse la soga al cuello.

Tal complejidad de factores que conforman los mandatos sociales del género obliga a distinguir los aspectos síquicos y los culturales. Es muy complejo abordar esos dos frentes, el síquico y el cultural. Como la actividad sexual de las mujeres *per se* está estigmatizada, una vía a explorar sería la de iniciar un proceso de redefinición de los términos simbólicos respecto a la sexualidad femenina, sin hacer alusión explícita al sida. Esto les permitirá a las mujeres abordar las negociaciones sexuales de una manera diferente, con una mayor posibilidad de cuidarse.

La manera de enfrentar la violencia simbólica es redefinir los términos simbólicos. La negación simbólica del deseo sexual femenino, que opera como dispositivo de control de la sexualidad de todas las mujeres, es un elemento que acrecienta el riesgo de infección de manera brutal. Esto requiere de un proceso de toma de conciencia y de acción política que resulta muy difícil para las mujeres. Tanto porque comparten la concepción desvalorizada que hay sobre ellas como porque se trata de mujeres, o sea, de personas con dificultades ante las formas tradicionales de la participación política; las mujeres apenas están abriendo espacios de autoreflexión y organización propios. Pero ése es un fenómeno de zonas urbanas, y de mujeres con cierta conciencia. Todavía grandes zonas de nuestro país se rigen con esquemas absolutamente tradicionalistas.

De ahí que la estrategia comunicativa de negociación del uso del condón debería ser reformulada en términos que resulten lo menos amenazantes posible. No sólo se trata de hacer comprensibles, a hombres y mujeres, las variadas formas de valoración sexual, marcadas por la doble moral vigente, sino que también es imprescindible reformular esa valoración cultural. Obviamente se requiere la construcción de una nueva conceptualización sobre la relación sexual, pero esa no se impulsará de manera mecánica. La forma en que es asumida como "natural" la clasificación de las mujeres en "putas" y "decentes" pone en evidencia el largo trecho todavía por transitar. La valoración desigual de algo que debería ser común a ambos sexos —la actividad sexual— es el andamiaje moral que rige la sociedad. Y esta conceptualización no solamente genera restricciones; también marginación y sufrimientos caracterizan la violencia simbólica.

*No somos muy optimistas. Como las propias mujeres comparten muchos prejuicios y supuestos sociales, será la contundencia de la infección lo que modificará las actitudes de las personas cercanas a los seropositivos*

**El peso de la muerte en la balanza**

Jan Saudek

No somos muy optimistas. Como las propias mujeres comparten muchos prejuicios y supuestos sociales, será la contundencia de la infección lo que modificará las actitudes de las personas cercanas a los seropositivos. Ese parece ser el caso de las africanas. Ante el drama de las muertes cercanas, la formulación de Torres Arias y Liguori se transforma. Ellas señalaban: "mientras el costo síquico y social de los cambios que necesitamos promover sean demasiado altos para las mujeres, ellas preferirán conservar el *status quo*". Ahora la reformulación sería: "el costo síquico y social de los cambios bajarán en proporción directa a la conciencia de la muerte, y preferirán vivir a mantener el *status quo*".

Es indudable que, ante la contundencia de la muerte, la balanza cambia. Hoy en día, el *estigma* y los conflictos de confianza y fidelidad tienen un mayor peso que el riesgo. Para que el riesgo se vuelva un factor de peso, se requerirá la muerte de muchísimas personas. En ese sentido, la muerte será la que muestre el riesgo fatal de la doble moral.

Pese a ese panorama negativo, debemos colaborar en una transformación cultural. Ahondar en la simbología cultural de la sexualidad femenina es una vía fecunda si se quiere atenuar el riesgo mortal de la doble moral. Obviamente, la eliminación de esa moral sexista requiere establecer un nuevo contrato entre hombres y mujeres, y también modificar la dinámica intersubjetiva. Como no podemos cambiar los elementos fundamentales que determinan el siquismo humano, habrá que insistir en transformar los elementos culturales, para crear ideales compatibles con conductas necesarias para la prevención del sida. Referirse al riesgo mortal de la doble moral puede ser una punta de lanza con la cual establecer una campaña de comunicación social que empiece a incidir de manera más amplia. Lamentablemente, los mecanismos de resistencia y negación son muy eficaces; sólo el horror de la muerte será capaz de transformar las arraigadas pautas culturales con que vivimos ●

---

[1] María Antonieta Torres Arias y Ana Luisa Liguori. "La negociación para le prevención del sida: entre el deseo y el poder". **Debate feminista.**

[2] Una interpretación se encuentra en Edmund Leites, **La invención de la mujer casta. La conciencia puritana y la sexualidad moderna**. Siglo XXI, España editores, Madrid, 1990.

[3] Véase Pierre Bourdieu. Social Space and Symbolic Power. **Sociological Theory**. Junio 1988, **1**.

[4] op. cit.

[5] Véase M. Lamas. "Cuerpo: diferencia sexual y género". **Debate feminista**. Sept., 1994. **10**.

# La servidora, el cliente y el tercero en discordia

GABRIEL VAQUERO ROJAS

Son decenas de mujeres jóvenes, algunas casi niñas, otras maduras —las que recorren la calle de La Soledad en el populoso barrio de La Merced.

Para Verónica, con una desnudez casi consumada de no ser por la breve vestimenta multicolor que luce orgullosa, "el sida es una enfermedad de la sangre que causa la muerte y hay que cuidarse".

Para ella, el sida es más que una palabra, es el tercero en discordia a la hora de las negociaciones. Con trece años recién estrenados, que festejó en su natal Veracruz, dice que muchos clientes no quieren ponerse condón y aunque les insista —tal como se lo han aconsejado sus compañeras— los señores "pos nomás dicen que no, que por eso pagan. Entonces qué puedo hacer. El que paga manda ¿no?", dice contundente y se aleja contoneándose al ritmo de su música interior.

### Entre la necesidad y el amor propio

Según la doctora Griselda Hernández Tepichín, subdirectora de Normatividad, Información y Educación de Conasida, este problema se refleja en mayor medida en aquellas trabajadoras sexuales, que por su inexperiencia o avanzada edad se ven obligadas a aceptar relaciones sin protección.

En México, dice, existen en este trabajo diferentes estratos socioeconómicos y que de acuerdo a esto, la percepción del riesgo de infectarse varía.

"Entre las sexoservidoras es clara la existencia de un mayor nivel de información y concientización, lo que las coloca en gran ventaja con respecto de las amas de casa. Para muchas de ellas, la cuestión es bastante clara: el sida está de por medio entre las necesidades de dinero y el amor propio."

Para Rosa, al filo de los 30 años, la vida tiene más placeres que aquellos por medio de los cuales obtiene el sustento: el goce de lucir un vestido nuevo, de jugar con sus hijos, de comer una fruta y de ansiar el regreso a casa.

La doctora Hernández explicó que Conasida les da información a las sexoservidoras cuando acuden a realizarse sus exámenes médicos: "Ahí se les expide una credencial que avala su estado de salud, misma que les sirve para protegerse de las extorsiones que se ven expuestas".

Señaló que la infección por VIH entre este grupo de la población femenina bajó: "Desde 1987, año en que Conasida empezó a realizar estudios y seguimientos estadísticos, se ha comprobado que la seroprevalencia, es decir la frecuencia con la que encontramos casos de portadoras o enfermas de sida en trabajadoras sexuales, es extraordinariamente baja, de 0.03 a 0.04 por ciento, mucho menor de la que econtramos en población abierta de hombres y mujeres que acuden voluntariamente a Conasida a hacerse la prueba de detección de anticuerpos al VIH."

### Con condón ya no es negocio

Por su parte, Jaime Montejo, de Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez", A.C., señaló que si bien es cierto hay un interés generalizado por protegerse, "existe una población numerosa de sexoservidoras que no tienen fácil acceso al condón, pues por sus servicios cobran entre 30 y 50 pesos, y dada la carencia de clientes por la difícil situación económica del país, invertir en un condón de tres o seis pesos, ya no es negocio. El problema está en que aun cuando desean utilizarlos y reconocen la necesidad de protegerse, pues conocen el riesgo que corren, no puden hacerlo porque muchas veces las circunstancias les son adversas."

Otra grave limitante, asegura Montejo, es que Conasida ha reducido el suministro de preservativos a algunas organizaciones no gubernamentales (ONG), las cuales los distribuían gratuitamente, "pero ahora los criterios de Conasida están respondiendo a ciertas cuestiones políticas que hacen que a algunas ONG se les entreguen hasta 70 mil condones al mes y otras, a duras penas, reciben 6 mil, como es el caso de Brigada Callejera, que ya no puede atender la demanda de suministro gratuito de preservativos para las trabajadoras sexuales de las vías públicas de La Merced."

### El condón no protege de la corrupción

El problema se agrava por la corrupción que existe dentro de la industria sexual, dice Jaime Montejo, "muchas veces nos vemos impedidos de distribuir gratuitamente los condones a las muchachas, porque sus representantes de punto (prostitutas que controlan ciertas zonas, calles o áreas y que son impuestas por la delegación, en el caso de La Merced, la delegación Cuauhtémoc), bloquean nuestra labor y en cierta forma nos vemos obligados a entregarles a ellas las cajas de condones, los cuales venden a sus compañeras". Para que tengan éxito las campañas de prevención, según Montejo, "se tiene que tener acceso fácil y barato a las herramientas básicas (preservativos) como complemento para apoyar la información sobre la epidemia, de lo contrario, no se cumple el ciclo del objetivo, que es informar sobre la epidemia; saber cómo se transmite y cómo hay que protegerse".

Por otra parte, denunció que en México se viola el principio de confidencialidad que debe existir para los portadores del VIH/sida establecido en la **Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH**.

"En el caso de las trabajadoras sexuales, el primero en no respetarlo es el centro de información de San Simón pertenenciente al Conasida, porque informa a las representantes que cierta persona está infectada. Estas a su vez se lo comunican a sus compañeras y a dueños de hoteles y bares, quienes ejercen cierto hostigamiento contra la afectada para no dejarla trabajar, aunque no tenga otras fuentes de ingreso.



Alex Webb

"Si este principio esencial no se respeta, mucho menos una legislación que regule la prostitución en un país como el nuestro donde las leyes se hacen para violarlas", señaló Montejo.

Al respecto, la doctora Hernández dijo que legislar sobre prostitución es sumamente difícil, "se tendría que legislar la sexualidad humana, y eso no es posible. Lo que debemos hacer es educar. Toda la gente debe tener acceso a una educación sexual, completa, adecuada y desde los primeros años. Educar para prevenir."

Jaime Montejo consideró que la educación debe contemplar todos los aspectos, por lo que Brigada Callejera promueve talleres en los que se capacita a las sexoservidoras a tener un alto poder de negociación ante sus clientes para que usen el preservativo.

Con respecto a las sexoservidoras infectadas, la doctora Griselda Hernández informó que Conasida las canaliza a los diferentes centros hospitalarios del Sector Salud, donde se les cobra una módica cuota o se les exenta del pago, según su situación económica.

Malena, de escuálida figura y andar tambaleante, se acerca al grupo de bulliciosas mujeres, quienes al notar su presencia cesan la algarabía, como respetando las dolencias que emanan del breve cuerpo de la mujer. La reciben con sincero gusto y profunda compasión. Empieza la cooperacha, juntan algunos pesos que ponen en la bolsa de su roído mandil, ella hace una mueca que quiere ser sonrisa.

"Pobrecita, me comenta con un susurro una niña-mujer, dicen que tiene sida" ●

---

Reportero.

---

## Rechazan bailarinas la prueba obligatoria del VIH

Un grupo de bailarinas de *table dance*, denunciaron en la Comisión Estatal de Derechos Humanos al gobierno municipal de Monterrey por obligarlas a realizarse la prueba de detección de anticuerpos al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Con fecha del 6 de febrero, las bailarinas de los bares **Sabor de la Noche** y **TVO**, interpusieron una queja contra el Departamento de Sanidad de la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio, encabezada por Gerardo Garza Sada, por ese motivo. En su denuncia, las afectadas demandan que la prueba de anticuerpos al VIH "no se nos realice de manera obligatoria, ya que sólo es decisión nuestra, personal, informada y voluntariamente el sometemos a ese examen, que tienen tantas repercusiones mentales, sociales y económicas". Afirman no estar en contra de dicho examen, pero que se lo harán "cuando nosotras lo deseemos y en el lugar que más nos brinde comodidad y garantía de confidencialidad".

Las demandantes están bien informadas y saben que leyes y reglamentos jurídicos las protegen: "La exigencia de este examen contravienen una serie de lineamientos éticos, legales y técnicos tanto nacionales como internacionales, y afecta irreversiblemente nuestra integridad, dignidad y derechos humanos fundamentales".

Su denuncia la basan en los artículos 14 y 16 de la Constitución Política Mexicana; la Declaración de Principios del Programa de VIH de las Naciones Unidas; la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH; la Ley General de Salud, artículos 136 y 138; la Cartilla de Derechos de las Personas que viven con VIH/sida, elaborada por la Comisión Nacional de Derechos Humanos y Conasida. Asimismo, hacen saber de las amenazas públicas de Garza Sada —registradas en los periódicos locales— en el sentido de dar a conocer los nombres y datos personales de aquellas personas infectadas que trabajan en los centros nocturnos arriba mencionados.

Por último, advierten que "no estamos dispuestas a permitir que nos sigan practicando el examen del sida sin nuestro consentimiento. Estamos en la mejor disposición para colaborar en los esfuerzos civiles como oficiales para detener esta pandemia. Pero no es con acciones represivas ni forzosas como vamos a construir un entorno positivo donde las personas vivan en un ambiente de tolerancia y respeto. Sobre todo que la discriminación del que son objeto las minorías sexuales, los trabajadores del sexo y las artistas de centros nocturnos se vería incrementada al seguirse con estas disposiciones inhumanas." **(A.B.)** ●





# La discriminación ante el sida

COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (CNDH)

Uno de los problemas más graves que se presentan con la epidemia del sida, es la discriminación por parte de distintos sectores de la sociedad en contra de las personas afectadas por el virus.

El argumento más utilizado para justificar esta discriminación, es pretender crear un conflicto entre los derechos de la mayoría no infectada y los de las personas con VIH o enfermas de sida. Ante este aparente enfrentamiento y bajo el resguardo de la supuesta necesidad de proteger la salud pública, frecuentemente y de manera arbitraria se violan sus derechos.

Esta discriminación entorpece los derechos de las políticas de salud debido a que se aleja de las personas afectadas por el virus de los servicios de salud, asistencia y educación necesarios para prevenir la expansión de la epidemia; ocasiona una división en la sociedad entre enfermos y sanos y fomenta la intolerancia hacia determinados grupos que, en forma errónea, han sido percibidos como la representación de la enfermedad.


Gerald Incandela

En el caso del sida, el problema de la discriminación se complica debido a que frecuentemente los afectados son personas a quienes la sociedad ya marginada con anterioridad, con lo cual se agrava su condición de indefención.

La discriminación constituye una violación a la dignidad y a los derechos fundamentales de las personas con VIH o que han desarrollado sida abnegar, restringir o suspender los derechos que tiene todo ser humano, frustrando su acceso a la igualdad y la justicia social.

La postura de la Comisión Nacional de Derechos Humanos ante esta problemática, es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que les distinga de los demás, puede modificar cuantitativa o cualitativamente el goce de sus derechos. Con base en el principio de igualdad establecido en el artículo 1o. de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, "todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Los derechos humanos y el sida tienen diversos e importantes puntos de contacto. El principal se manifiesta en la discriminación que junto a la marginación y violación de derechos propicia y aumenta el riesgo de contraer el virus. La discriminación relacionada con el VIH/sida no es útil para promover la salud pública y si, por el contrario, pone en peligro a la sociedad.

Este es un documento que enuncia alguno de los derechos que todos tenemos, con objeto de impedir la discriminación frente al sida. Su propósito es promoverlos, brindar los elementos necesarios para su defensa y contribuir a la formación de un entorno favorable en nuestra sociedad, que permita disminuir las conductas discriminatorias.

SE TIENE EL DERECHO A:

**1.** El virus o la enfermedad no es motivo para restringir o suspender los derechos fundamentales de las personas, ya que con base en el principio de igualdad todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo.

**2.** Para aquellas personas que son discriminadas por sus características de género, edad, religión, preferencia sexual, condición social, condición física o mental, situación jurídica o calidad migratoria, el tener VIH o estar enfermo de sida no debe ser motivo para agravar su condición.

**3.** Nadie esta obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos al VIH; a declarar que vive con el VIH o que ha desarrollado sida. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos, tiene derecho a recibir, antes y después de la misma, información suficiente y tiene derechos a que los resultados sean manejados en forma confidencial.

**4.** La aplicación de la prueba no será considerada como un requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de instituciones educativas, o tener acceso a servicios.

> *La postura de la CNDH es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y le distinga de los demás, puede modificar cuantitativa o cualitativamente el goce de sus derechos*

**5.** El resultado positivo de la prueba no deberá ser considerado como causal para la negación de los servicios de salud, la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, el desalojo de una vivienda, la limitación de tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo tanto de nacionales como de extranjeros.

**6.** Las personas que viven con el virus o con sida en ningún caso deben de ser objeto de detención ilegal, aislamiento, segregación social o familiar.

**7.** Toda persona tiene derecho a ejercer su sexualidad libre y responsablemente.

**8.** Con la finalidad de proteger a quienes viven con el VIH o han desarrollado sida, todas las personas tiene el derecho de asociarse libremente y afiliarse a instituciones sociales y políticas.

**9.** Con objeto de proteger su salud, todas las personas tienen derecho en igualdad de condiciones a buscar, recibir y difundir información precisa, documentada y en un lenguaje accesible sobre todo lo relacionado con el virus y la enfermedad.

**10.** Como usuario de los servicios de salud, se tiene derecho a la prestación de servicios oportuna y de calidad idónea, a la atención personal y éticamente responsable y a un trato respetuoso y digno, así como a que el historial médico se maneje en forma confidencial.

**11.** Las personas que viven con el VIH o están enferma de sida tienen derecho a buscar y recibir información completa sobre su enfermedad, sus consecuencias, alternativas, posibles tratamientos a los que pueda someterse, así como a la información sobre sus riesgos y pronósticos.

**12.** Los afectados por el virus tienen derecho a los servicios establecidos de asistencia médica y social, que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

**13.** Los usuarios de los servicios de salud tienen derechos a conocer los procedimientos establecidos por las instituciones de salud para presentar una queja, reclamación o sugerencia ante cualquier irregularidad en la prestación de estos servicios.

**14.** A los padres afectados por el VIH, no se les debe negar su derecho a la patria potestad de sus hijos ni el derecho a designar al tutor que deseen cuando ya no les sea posible hacerse cargo de ellos, o en su defecto de contar con la protección de las instituciones de asistencia social.

**15.** Los niños que viven con VIH/sida tienen derecho a recibir los servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.

**16.** Toda persona tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos ●

---

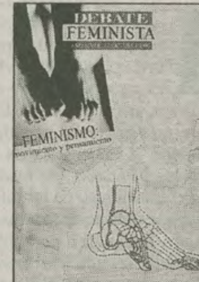
La Comisión Nacional de Derechos Humanos, dentro de sus compromisos de trabajo del periodo mayo 1995 a mayo 1996, ha puesto en marcha un programa para la Atención de las Quejas presentadas por personas con VIH/sida, a fin de tratarles de una manera más especializada. Dentro de las activiades del programa se encuentra la publicación de este documento. La CNDH y **LETRA S**, invitan a su difusión y promoción. Para mayor información sobre las acciones que comprende este programa, comunicarse al teléfono 631-0040 exts. 358 y 359.

---

RESEÑA

### Debate Feminista
### Feminismo: movimiento y pensamiento

Año 6, vol. 12, octubre, 1995.




El más reciente número de esta revista, dedica su primera parte a la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing. Como se recordará, los preparativos, el desarrollo y los resultados de esta reunión, celebrada del 4 al 16 de septiembre de 1995, provocaron una serie de encendidos debates, polémicas, presiones y ataques de las delegaciones de El Vaticano y del Islam para evitar a toda costa que las resoluciones de la Conferencia significaran un duro revés para sus posturas fundamentalistas sobre la mujer. En México, según relata en el editorial Marta Lamas, directora de la revista, "ya tuvimos nuestra probadita 'post Pekín' a cargo del Partido Acción Nacional (PAN) y la Iglesia Católica: denuncias llenas de falsedades, ataques personales a figuras políticas, peregrinaciones a la Basílica para rezar por los 'valores nacionales', o sea, los suyos". Todas estas acciones tergiversaron los postulados defendidos por la delegación oficial. De ahí la importancia de informar de manera objetiva sobre lo que realmente sucedió en Beijin.

Los nueve escritos sobre el tema, incluidos en este volumen, abarcan desde un breve relato de los trabajos previos a la Conferencia, elaborado por Olga Pellicer, hasta la Declaración de Pekín, firmada por los gobiernos participantes. Además, tres de las asistentes al evento relatan, en una conversación informal, sus experiencias. Por su parte, Clara Jusidman describe el proceso de preparación del Conferencia en México, la composición, el desempeño y la posición de la delegación mexicana. Desde la disidencia sexual, Gloria Careaga y Patria Jiménez analizan la presencia y los logros de las lesbianas en la Conferencia. Otra posición disidente es la de la profesora china Li Xiaojiang, quien argumenta porque se rehuso a participar en el evento. En un interesante artículo, Li explica cómo su ausencia se convirtió, de hecho en su participación: "Como ciudadana china al darme cuenta de que el evento se había convertido en un asunto del estado, sabía que debía callar." Finalmente se reproducen las palabras de la embajadora Pellicer en Los Pinos al presentar los resulotivos.

El registro de la presencia mexicana en Beijing es necesario para hacer frente a la envestida satanizadora y a la desinformación. Con este volumen, **Debate Feminista**, inicia esta impostergable tarea ●

# VIH: novedades desde el frente

CHRISTINE GORMAN

Magic Johnson demostró la semana pasada que estar infectado con el virus que causa el sida ya no es obstáculo para llevar una vida activa. En los 15 años desde que apareció el sida en los Estados Unidos, la ciencia médica ha realizado progresos constantes, de manera muy especial en el tratamiento de las infecciones secundarias que son devastadoras durante las últimas etapas del padecimiento. Todavía no existe la cura, y no se vislumbra tampoco la vacuna, pero difícilmente pasa una semana sin que se reporte un avance desde el frente de lucha contra el sida.

Esa semana fue particularmente estimulante: se mostraron descubrimientos capitales que no sólo prometían ayudar a los pacientes seropositivos a tener vidas más largas y saludables, sino que también señalaban la ruta para progresos futuros. En una reunión de expertos en sida en Washington, los investigadores tuvieron el estímulo de una serie de revelaciones importantes:

- De los laboratorios Abbott se informaba que un medicamento experimental llamado *Ritonavir* había reducido a la mitad el índice de mortandad en un grupo de pacientes con sida en fase avanzada —al menos durante el periodo de siete meses que duró el estudio.
- De los laboratorios Merck se informó de un segundo medicamento, *Indinavir*, que utilizado en combinación con otros medicamentos, AZT y 3TC, había reducido mil veces —índice sin precedente— los niveles del VIH en la sangre de 24 pacientes.

Tanto el Ritonavir como el Indinavir pertenecen a un nuevo tipo de medicamentos muy prometedores llamados *inhibidores de proteasa*, y cuya función es bloquear la producción de una enzima clave, la proteasa, que el virus necesita para reproducirse. Apenas el pasado diciembre la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos, aprobó el primer inhibidor de la proteasa, el *Saquinavir* (Invirase), de los laboratorios Hoffman-La Roche. Esa misma aprobación podría darse muy pronto para el Ritonavir y el Indinavir, de suerte que los médicos puedan tener dichos medicamentos en sus consultorios este verano.

Queda, sin embargo, mucho por hacer. Existen serias inquietudes respecto al costo de los medicamentos y a su eventual escasez. Tampoco queda claro por cuanto tiempo podrán prolongar la vida. Pero por primera vez los médicos podrán tener a su disposición un arsenal de medicamentos capaces de combatir al virus prácticamente en cada etapa de su ciclo vital —no sólo en los últimos días, sino también desde los primeros meses después de la infección.

### Las estrategias del virus

Durante años los científicos presentaron al VIH como un saboteador en la sombra, que invadía el cuerpo y luego se escondía inmediatamente, para permanecer inactivo durante por una década o más tiempo. En efecto, la primera fase de la infección parecía tan discreta que alguna gente llegó a preguntarse si el VIH era verdaderamente la causa del sida.

Sucede, sin embargo, que el cuerpo y el virus libran un combate mortal desde el inicio. El principal campo de batalla no es el sistema circulatorio (donde buscaban los científicos al virus, tomando cumplidamente muestras sanguíneas cada dos o tres meses), sino los casi inaccesibles nódulos linfáticos. Los científicos se percatan hoy de que existe una ventana de posibilidades, de hecho bastante grande, para atacar al virus mientras todavía se esconde y antes de que comience su labor devastadora contra las defensas naturales del cuerpo.

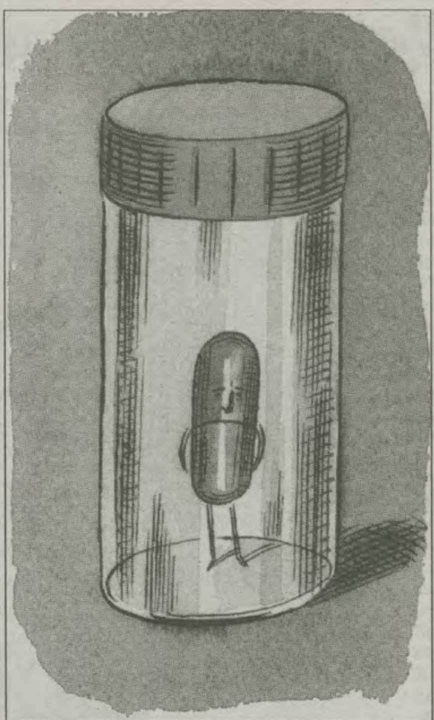
Casi desde el inicio, los científicos han sabido que el sida es una enfermedad del sistema inmunológico, y que invade y destruye los glóbulos blancos que combaten las infecciones. Pero sólo en los últimos años ha quedado claro que la enfermedad progresa en tres etapas bien definidas y muy diferentes.

La primera etapa termina tan rápido que fácilmente puede uno pasarla por alto. Pocos días después de que el virus penetra en el organismo, mucha gente desarrolla lo que semeja un severo caso de resfriado. Y esto no debe sorprender. Son miles las partículas de VIH que se reproducen dentro de su objetivo favorito: un grupo de células T cooperadoras, conocidas también como $CD_4$, y que son las pieza clave del sistema inmunológico; cuando se les ataca, el cuerpo combina todas sus fuerzas para protegerlas.

David James Wright, de 38 años, recuerda nítidamente la sensación. Una tarde de 1983, al filo de la medianoche, comenzó a sudar excesivamente. Pronto, un salpullido cubrió su cuerpo y él sintió una intensa dificultad para respirar. Un amigo lo llevó a un servicio de urgencias, pero nadie supo decir cuál era el problema. "Estaba temblando violentamente", recuerda, "fue una pesadilla". Nueve días después, estaba bien, Sólo años más tarde, cuando se sintió gravemente enfermo, comprendió lo que había sucedido.

La segunda etapa —la más prolongada— comienza después de que el cuerpo ha desalojado exitosamente al virus del torrente sanguíneo para aprisionarlo en los nódulos linfáticos. Sin embargo, el VIH no permanece inactivo. Sigue produciendo industrialmente copias de sí mismo. Pero el daño se limita porque el sistema inmunológico ha activado dos poderosos mecanismos de defensa: los anticuerpos, que circulan por la sangre neutralizando cualquier partícula de VIH que se filtre de los nódulos linfáticos, y un segundo grupo de células especializadas, llamadas células T asesinas, que atacan y destruyen al tejido infectado.

En algunas personas, la segunda etapa, casi siempre asintomática, se prolonga por doce años o más, o tal vez, en casos raros, de manera indefinida. Pero para la mayoría, la tregua dura sólo de cinco a diez años. Cada año hay más VIH que se filtra de los nódulos sanguíneos a la sangre. El sistema inmunológico se vuelve cada vez más débil y un número mayor de células T cooperadoras mueren.



Peter Till

La tercera etapa de la infección comienza cuando el conteo de los $CD_4$ pasa de un promedio de mil células por milímetro de sangre a menos de 500. Los doctores tienden a considerar esa cifra como un umbral imaginario. Cuando un paciente lo alcanza, le recomiendan AZT, el medicamento anti-VIH original que más se receta actualmente. Desafortunadamente, el AZT por sí solo tiene una eficacia limitada. El virus es particularmente mutante. Generalmente en 18 meses consigue mutar hacia una forma a la que ya no pueden afectar el AZT ni ninguno de los medicamentos cercanos: ddI, ddC y 3TC.

### Precisiones sobre el avance de la enfermedad

Por lo general no se hace el diagnóstico oficial del sida hasta que el conteo de $CD_4$ llega por debajo de los 200. Esto marca usualmente el comienzo de la declinación final del paciente. Sin embargo, en los últimos años, los médicos se han dado cuenta de que el número de $CD_4$ no muestra verdaderamente cuán enferma está una persona. Hay pacientes con menos de 200 $CD_4$ que en ocasiones se ven bastante saludables, mientras otros, con un conteo mayor, sufren ya de enfermedades oportunistas como el sarcoma de Kaposi o la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

En opinión de los científicos, dicha diferencia depende de la cantidad de VIH que se haya filtrado de los nódulos linfáticos. Sólo muy recientemente han aprendido los investigadores a medir ese nivel, y de acuerdo a un informe presentado en Washington la semana pasada, esto parece ser un indicador más preciso del avance de la enfermedad. También se puede predecir así la sobrevivencia. En un estudio con 181 pacientes seropositivos, 65 por ciento de los sujetos que iniciaron el estudio con 34 mil 500 partículas virales por milímetro murieron en cinco años. A manera de contraste, todos los sujetos cuya carga viral era de menos de 5 mil partículas sobrevivieron. Se espera que cuando los equipos pequeños para efectuar pruebas de sida estén ampliamente disponibles, los médicos podrán juzgar correctamente qué pacientes están en buenas condiciones y cuáles necesitan una terapia fuerte.

Con los nuevos inhibidores de proteasa, los investigadores se encuentran frente a un dilema. Dado lo que se conoce acerca de cómo y cuándo se reproduce el virus, es más sensato atacar al VIH lo más rápido posible. Pero también saben que si no lo atacan con fuerza suficiente, el virus mutará hacia una cepa más resistente. Por eso se administran los medicamentos en forma combinada —para que un virus que resista a una droga quede barrido por alguna de las otras. Existen, sin embargo, algunos primeros indicios de que comienzan a aparecer virus resistentes a los inhibidores de la proteasa.

### El costo de la sobrevivencia

Aun si los inhibidores de la proteasa cumplen lo prometido, es difícil saber quién en Estados Unidos podrá tener acceso a ellos. Según algunos cálculos, los nuevos medicamentos costarán entre 500 y 600 dólares al mes —probablemente durante el resto de vida del paciente. Eso está por encima de la terapia combinada (AZT y otros medicamentos) que ya cuesta alrededor de 400 dólares al mes. La hospitalización y otros cuidados médicos en las etapas terminales de la enfermedad pueden totalizar 150 mil dólares. Los tratamientos futuros podrían ser todavía más caros. "¿Hasta dónde llegará esto si no nos despertamos?, pregunta el doctor Max Essex, del Harvard AIDS Institute, quien piensa que gran parte de esos recursos deberían destinarse a desarrollar vacunas.

¿De dónde vendrá ese dinero? En esta época las aseguradoras detestan asumir riesgos adicionales. Los fondos gubernamentales también se agotan. El mes pasado los recortes presupuestales para el programa de asistencia médica en el estado de Nueva York obligaron a reducir de 196 a 66 el número de medicamentos rembolsables que utilizan los pacientes con sida.

Es posible que entre más eficaces se vuelven los medicamentos, menor sea el número de personas que puedan tener acceso a ellos. Este nuevo cálculo sombrío es dolorosamente claro para Patrick Roll, bostoniano de 41 años, cuyo conteo de $CD_4$ es inferior a 50. Patrick toma nueve cápsulas diarias de Saquinavir, el inhibidor de proteasa. Tomando en cuenta que su diagnóstico de seropositividad data de 1983, su estado de salud es notable. "Pertenezco a un grupo socioeconómico de profesionistas", señala, "hemos podido conservar nuestros seguros de salud o la capacidad de sufragar nuestros gastos". No todo mundo tiene la suerte de Patrick Roll. O, para el caso, la de Magic Johnson ●

Tomado de la revista **Time**, 12 de febrero de 1996.
Traducción: Carlos Bonfil.





# El sida en la mujer

SANDRA TREVINO

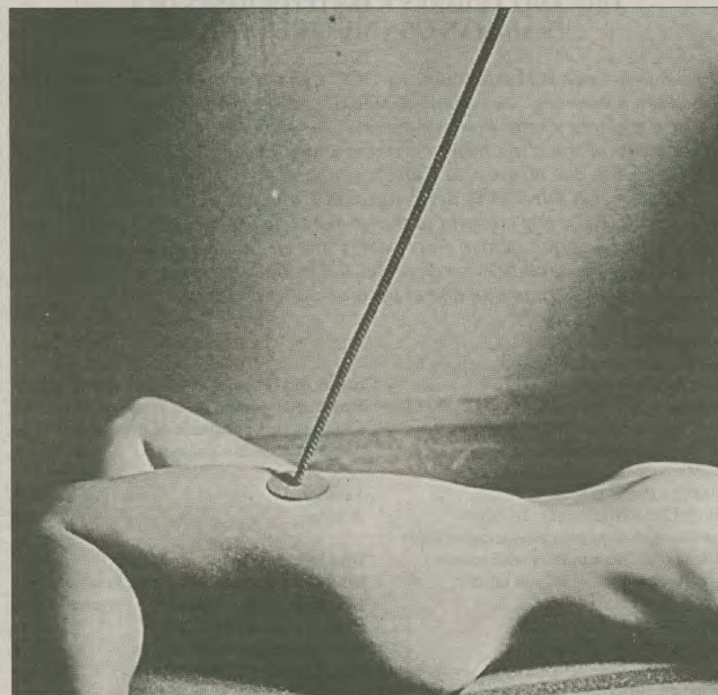
El síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida) es una enfermedad que desde su aparición se catalogó como casi exclusiva de homosexuales masculinos y de adictos a drogas intravenosas. Esto es porque los primeros casos de la enfermedad en efecto se encontraron en estos grupos de riesgo; sin embargo, el número de mujeres infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es cada vez mayor[1]. De hecho se ha observado que el incremento en porcentaje de casos de sida en mujeres es mayor que el de casos en hombres. Durante 1990 hubo en Estados Unidos un aumento de 29 por ciento en los casos de sida en población femenina mientras que solo se observó un aumento de 18 por ciento en personas de sexo masculino. De aquí se concluye que aunque la prevalencia de casos de sida (es decir, casos ya existentes) es en la actualidad mayor, principalmente en hombres homosexuales y en adictos a drogas intravenosas, mientras la incidencia (es decir, casos nuevos) es cada vez mayor en las mujeres.

Hasta el momento el hecho de que el mayor número de pacientes con sida sean hombres ha propiciado que exista la mentalidad de que las mujeres no contraen el sida. Este es un problema que existe no sólo en la población general sino incluso en distintas comunidades médicas y México no es la excepción.

De acuerdo con el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC, por sus siglas en inglés), Estados Unidos, los principales mecanismos de transmisión del VIH en la mujer son el abuso de drogas intravenosas (51 por ciento), la transmisión heterosexual (34 por ciento), por transfusión (8 por ciento) y desconocidos (7 por ciento)[2]. En cambio, en México y países de Latinoamérica, la transmisión más común, por cuestiones de educación y de estilo de vida, es la heterosexual. En el Hospital Regional de Zona No.1 "Gabriel Mancera" del IMSS donde 3.8 por ciento de la población de pacientes pertenece al sexo femenino, únicamente tres adquirieron la enfermedad por transfusión de productos sanguíneos y el resto se infectó por vía heterosexual, las parejas de pacientes seropositivas suelen ser bisexuales en su mayoría y el resto son usuarios de drogas intravenosas.

### Tipos de transmisión

Si se toma en cuenta el tipo de transmisión, es fácil deducir que el grupo de edad más afectado se encuentra en mujeres en edad productiva, económicamente hablando, y reproductiva desde el punto de vista de la gestación, lo cual además favorece un aumento en la frecuencia de casos de sida en niños. Los factores que se conocen favorecen el riesgo de transmisión heterosexual son la presencia de úlceras genitales, parejas no circuncidadas, relaciones sexuales de tipo anal y relaciones sexuales con parejas en etapas avanzadas de la enfermedad[3,4]. En la búsqueda de otros factores que afecten la transmisión heterosexual se realizó un estudio con 97 parejas de hombres VIH positivos, se les tomaron muestras de secreción vaginal y del cuello uterino para buscar la presencia del VIH y se encontró al virus en 33 por ciento de las muestras de secreción vaginal y 17 por



Gal Oppido

ciento de las muestras de secreción del cuello uterino. Al analizar los factores relacionados con la presencia del VIH, resultó que las mujeres que en su momento tomaban anticonceptivos orales y las que estaban embarazadas tenían con mayor frecuencia el VIH en sus secreciones[5]. Aunque este estudio tiene deficiencias, como el haber efectuado una sola toma de muestra de secreción en cada mujer y no haber investigado cuántas mujeres desarrollaron la enfermedad posteriormente, los resultados sugieren que estos grupos en especial podrían estar asociados con un mayor riesgo de transmisión sexual o incluso de tipo vertical —esto es; durante el momento de parto.

### Factores de riesgo

El problema del creciente número de mujeres infectadas por el VIH que desconocen tenerlo y que posteriormente se embarazan, aumentando así el riesgo de transmisión de madre a hijo, ha obligado a que se establezcan recomendaciones para el escrutinio del VIH en mujeres embarazadas y de esta forma poder tomar decisiones radicales en una etapa temprana de la gestación. Los antecedentes que obligan a considerar la infección por VIH en la madre son el uso de drogas intravenosas o el haber tenido compañeros sexuales usuarios de las mismas, si ha tenido relaciones sexuales con bisexuales o hemofílicos, si ha recibido transfusión sobre todo antes de 1985, si tiene factores de riesgo laboral, si ha practicado la prostitución o si ha sido receptora de inseminación artificial, sobre todo entre 1979 y 1985.

La frecuencia de transmisión madre-hijo es aproximadamente de 30 por ciento[6], la administración de Zidovudina (AZT) durante las últimas semanas de embarazo ha demostrado disminuir el riesgo por esta vía[7].

Con respecto a las manifestaciones clínicas del sida en la mujer en general no varían de las observadas en los pacientes del sexo masculino. Al igual que en ellos, la manifestación inicial más frecuente es la neumonía por *Pneumocystis carinii* seguida de la afectación del esófago por hongos como la *Candida albicans*, también es frecuente la meningitis por *Cryptococcus*, la tuberculosis, la enfermedad por el citomegalovirus, y el complejo por micobacterias atípicas. Un dato que hace sospechar fuertemente la presencia de deficiencia del sistema inmune es la infección vaginal por *Candida albicans*, resistente al tratamiento[8]. Otro dato interesante es la baja frecuencia de sarcoma de Kaposi. Cuando se llega a presentar esta complicación la evolución es rápida y mortal; además, ocurre más comúnmente en mujeres cuyas parejas tienen también sarcoma de Kaposi.

Todavía existe duda acerca si la presencia de cáncer cérvico-uterino es una condición definitoria de sida en la mujer. Se piensa que este cáncer es más común en las pacientes VIH positivas por el hallazgo del virus del papiloma humano (VPH) en el cuello uterino, pues éste puede inducir a las células a transformarse en cancerosas y se encuentra en 70 por ciento de las pacientes con sida; a pesar de este dato, no hay en la actualidad estudios que ayuden a despejar esta incógnita. Con este objetivo, el Grupo Canadiense de Estudio de las Mujeres Infectadas por el VIH inició desde hace un año un proyecto de investigación con 500 mujeres VIH positivas y asintomáticas y 400 mujeres VIH negativas. A todas se les realizan escrutinios periódicos para la búsqueda del VPH en secreciones vaginales y del cuello uterino y para detectar la presencia de cáncer cérvico-uterino; los resultados sin embargo estarán disponibles hasta dentro de dos años[9].

### Sobrevida femenina y terapia

La información acerca de la sobrevida de mujeres con sida no es completamente confiable pues ha sido extraída de estudios realizados en población total con la enfermedad y la mayoría de los sujetos incluidos son del sexo masculino; es además un hecho el que como las mujeres no se realizan la prueba de detección de anticuerpos al VIH en forma rutinaria, descubren la infección cuando ya tienen complicaciones de la enfermedad, generalmente en etapas avanzadas. Por ello podría subestimarse la sobrevida de estas pacientes. Mientras se elaboran proyectos de investigación para observar la evolución de la enfermedad en las mujeres desde etapas tempranas, así como para definir el tratamiento ideal en ellas, la recomendación actual es emplear dos antiretrovirales en sus distintas combinaciones si se encuentran con menos de 500 linfocitos $CD_4$.

Existe todavía un gran desconocimiento de la transmisión heterosexual del VIH sobre todo en las mujeres jóvenes. Se sabe sin embargo, que solo 5 por ciento de los hombres con sida adquirieron la enfermedad por vía heterosexual comparados con el 63 por ciento de las mujeres en México y países de Latinoamérica. Es necesaria la implementación de medidas de salud pública para evitar la mayor propagación de la epidemia, así como el reconocimiento de factores que incrementan la probabilidad de la transmisión heterosexual del VIH en ambas direcciones, tales como el uso de anticonceptivos orales y el embarazo. Hasta el momento la medida más efectiva para la protección de parejas heterosexuales, tanto del sexo masculino como el femenino, continua siendo el preservativo ●


[1] Heagarty, C., Elaine, J., *et al*. Caring for HIV-infected women and children. **N. Eng. J. Med.** 1992, **326**:887-888.

[2] Arrioja, A. Infección por el VIH-1 en la mujer. Luna, Germán y Nieto, Leopoldo (Eds.). **Sida, Diagnóstico y Tratamiento**. Galo, México, 1995.

[3] Piot, T., Tezzo, R. The epidemiology of HIV and other sexually transmitted infections in the developing world. **Scand. J. Infect. Dis.** 1990, **69**(Suppl.):89-97.

[4] Cameron, D.W., Simonsen, J.N., D'Costa, L.J., *et al*. Female to male transmission of human inmunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in mes. **Lancet**. 1989, **2**:403-408.

[5] Clemetson, D., Moss, G., Willerford, D., *et al*. Detection of HIV DNA in Cervical and Vaginal Secretions. **JAMA**. 1993, **269**:2860-2864.

[6] Deepak, N., Minkoff, H. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) durante el embarazo: transmisión y efectos inmunitarios. **Clin. Obstet. Ginecol. North Am.** 1989, **3**:443-464.

[7] Cotton, P. Trial halted after drugs cuts maternal HIV transmission rate by two thirds. **JAMA**. 1992, **16**:807.

[8] Hankins, C., Hadley, A. HIV disease and AIDS in women: current knowledge and a research agenda. **J. Acquir. Inmune. Defic. Syndr.** 1992, **5**:957-971.

[9] Johnson, C. Many Canadians unaware of AIDS impact on women. **Can. Med. Assoc. J.** 1994, **150**:274-249.

# PARA SERVIRLE A USTED

## ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES QUE TRABAJAN CON MUJERES Y SIDA

*La mayoría de las instituciones y ONG que trabajan en sida también atienden a mujeres. Sin embargo, sólo algunas trabajan exclusivamente con mujeres y sida. Por esta razón, y de manera complementaria, ofrecemos información sobre organizaciones, proyectos educativos y de comunicación que en general trabajan con mujeres. Asimismo,* ***LETRA S*** *recomienda el* ***Directorio del Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG),*** *que compila la mayor parte de los proyectos de mujeres para mujeres que existen en el país, y que en determinado momento pueden ser auxiliares o referentes del trabajo de mujeres y sida. Agradeceremos su apoyo para actualizar este directorio.*

*Distrito Federal*
*Gubernamental*

**Conasida**
**Centro de información/Zona Sur**
Calz. de Tlalpan No.4585 1o. piso
Col. Toriello Guerra. 14000, México, D.F.
Tel.: 528-2103
Grupo de autoapoyo de mujeres con VIH/sida y familiares.

**Centro "San Simón"**
San Simón No.94, Col. Portales
Sólo para trabajadoras sexuales: Prueba de detección VIH/ETS. Tratamiento ETS. Ginecología. Servicio médico y sicológico.

*ONG mujer y sida*
**AMSAVIH, I.A.P.**
**Asociación Mexicana de Servicios Asistenciales en VIH/sida I.A.P.**
Av. Cuauhtémoc No.3, Col. Roma
06700, México, D.F. Tel./Fax: 525-7417
Programa de atención integral para mujeres con VIH/sida: servicio médico, ginecología, enfermería y sicología.

**Brigada Callejera de Apoyo a la Mujer "Elisa Martínez", A.C.**
Norte 53 No.2002, Col. San Salvador Xochimanca. Deleg. Atzcapotzalco
02870, México, D.F.
Tel./Fax: 342-0077
Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sida en trabajadoras sexuales. Talleres educativos.

**HUMSIDA, A.C.**
**Humanos del Mundo Contra el Sida, A.C.**
Gante No.11-101, Col. Centro
06000, México, D.F. Tel.: 510-0540
Apoyo a mujeres sexoservidoras de la zona de La Merced en prevención de ETS/sida. Servicios educativos y derechos humanos.

**MUSA, A.C.**
**Mujeres por la Salud y en Acción Contra el Sida, A.C.**
Berriozabal No.39, Col. Morelos
015270, México, D.F.
Tel.: 702-8717 / Fax.: 581-5041
Educación y prevención de ETS/sida a mujeres trabajadoras sexuales, amas de casa y público en general. Talleres sobre salud reproductiva y educativos. Promoción de derechos humanos y laborales de sexoservidoras y personas con VIH/sida.

**ORAIN, A.C.**
**Organización de Atención Integral en Sida, A.C.**
Hospital General de México
Departamento de Infectología
Dr. Balmis No.148
Col. Doctores
06726, México, D.F.
Talleres de manualidades para mujeres con VIH/sida, consejería. Lunes y jueves de 9 a 11 hrs.

**SIPAM, A.C.**
**Salud Integral para la Mujer, A.C.**
Vista Hermosa No.89
Col. Portales
03300, México, D.F.
Tel.: 532-5763
Fax.: 539-8703
Correo electrónico: Sipam@laneta.apc.org.
Apoyo integral a mujeres. Servicios de atención ginecológica, sicológica, prevención y detección de VIH/sida y otras ETS.

*Baja California Sur*
*La Paz*

**Centro Mujeres, A.C.**
Av. Marqués de León No.475, Col. Centro
23000, La Paz, B.C.S.
Tel.: (112)2-3570 / Fax: (112)5-9109
Servicios de información y capacitación sobre VIH/sida y ETS a mujeres y adolescentes. Asesoría sicológica, legal y en salud.

*Chiapas*
*San Cristóbal de las Casas*

**Grupo de Mujeres de San Cristóbal de las Casas, A.C.**
Calle Rivera No.5, Barrio Tlaxcala
29210, San Cristóbal de las Casas, Chis.
Tel./Fax: (967)8-4304
Información básica sobre sida y salud reproductiva. Apoyo y canalización de mujeres con VIH/sida. Asesoría legal y de defensa.

*Chihuahua*
*Cd. Juárez*

**FEMAP, A.C.**
**Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Planificación Familiar, A.C.**
Plutarco Elías Calles No.744 Nte.
Col. Progresista. 32310, Cd. Juárez, Chih.
Tel.: (16)16-0833 / Fax: (16)16-6535
Programa de prevención del sida con trabajadoras sexuales y mujeres maquiladoras. Servicio médico y banco de medicamentos.

**Programa Compañeros, A.C.**
Av. López Mateos No.848 Sur
Fracc. Los Nogales. 32310, Cd. Juárez, Chih.
Tel./Fax.: (16)11-3792
Grupo de autoapoyo para mujeres con VIH/sida, familiares y parejas.

*Michoacán*
*Morelia*

**MUSS, A.C.**
**Michoacanos Unidos por la Salud y Contra el Sida, A.C.**
Ana María Gallaga No.753, Centro
58000, Morelia, Mich. Tel.: (43)17-0597
Apoyo integral a mujeres con VIH/sida: servicio médico y sicológico, asesoría, promoción y defensa de derechos humanos.

*Nuevo León*
*Monterrey*

**Movimiento Abrazo, A.C.**
Julián Villarreal No.127 Nte.
64000, Monterrey, N.L. Tel./Fax: (8)345-1275
Programa de prevención con trabajadoras sexuales. Consejería pre y post prueba de anticuerpos al VIH. Asesoría en derechos humanos.

*Yucatán*
*Mérida*

**UNASSE, S.C.**
**Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el crecimiento personal, S.C.**
Calle 24 A No.92-A (X 21)
Col. Itzimná. 97100, Mérida, Yuc.
Tel./Fax: (99)27-2205 · 26-4315
Información sobre sexualidad y sida a mujeres. Sexoterapia y sicoterapia. Asesoría legal. Atención a mujeres víctimas de violencia.

*ONG mujeres*
*Distrito Federal*

**APIS, A.C.**
**Acción Popular de Integración Social, A.C.**
Londres No.70, Col. El Carmen Coyoacán
04100, México, D.F. Tel.: 554-4769
Talleres sobre emergencia para mujeres, sexualidad reproductiva, sida y formación de líderes. Terapia sicológica y de sanación.

**Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.**
Apdo. postal 21264. 04000, Coyoacán, D.F.
Tel.: 554-5748 / Fax: 659-2843
Talleres sobre el papel de la mujer en la iglesia y sexualidad. Distribución de publicaciones.

**CAM, A.C.**
**Centro de Apoyo a la Mujer "Margarita Magón", A.C.**
Dr. Lucio No.102, Edif. Centauro, int. 204
Col. Doctores. 06500, México, D.F.
Tel./Fax: 588-8181
Programa de salud con medicina alternativa y natural. Servicio jurídico en materia familiar. Servicio sicológico a mujeres y parejas. Información y prevención del sida a mujeres.

**CIMAC, A.C.**
**Comunicación e Información de la Mujer, A.C.**
Calle Victoria No.315-20, Col. Centro, 06050
México, D.F. Tel.: 512-5796 / Fax: 510-0085
Difusión en medios de comunicación sobre el tema de las mujeres, género, salud reproductiva y sida. Red de información nacional. Centro de documentación.

**GIRE, A.C.**
**Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.**
Manuel M. Ponce No.69-202
Col. Guadalupe Inn. 01020, México, D.F.
Tel.: 662-7095 / Fax: 662-1450
Investigación, talleres y seminarios en salud y derechos reproductivos. Centro de documentación.

*Morelos*
*Cuernavaca*

**CIDHAL, A.C.**
**Comunicación, Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C.**
Las Flores No.12, Col. Acapatzingo
62440, Cuernavaca, Mor.
Tel./Fax: (73)14-0586 · 12-1226
Programa de salud integral para mujeres. Capacitación en sexualidad y salud reproductiva. Centro de documentación.

*Programas educativos/investigación mujeres*
**Colegio de México**

**PIEM**
**Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer**
Camino al Ajusco No.20. Col. Pedregal de Sta. Teresa. México, D.F. Tel.: 645-5955 ext. 3125 y 3126 / Fax: 645-0464
Investigaciones sobre violencia doméstica y salud reproductiva. Cursos de verano y especiales sobre género, sexualidad y salud reproductiva, entre otros. Centro de documentación.

**PSRS**
**Programa de Salud Reproductiva y Sociedad**
Colegio de México
Camino al Ajusco No.20
Col. Pedregal de Sta. Teresa. México, D.F.
Tel.: 645-5955 ext. 4085 / Fax: 645-0464
Curso de especialización en salud reproductiva. Acceso a bibliografía especializada sobre los temas de masculinidad, sexualidad, género, violencia doméstica, derechos reproductivos.

**UNAM**
**PUEG**
**Programa Universitario de Estudios de Género**
Coord. de Humanidades/UNAM
Zona Cultural Ciudad Universitaria
045510, Coyoacán, D.F.
Tels.: 622-7581 al 83 / Fax.: 622-7580
Seminarios permanentes sobre sexualidad, masculinidad, salud y derechos reproductivos. Seminarios periódicos sobre mujer y trabajo; género, ciencia y tecnología; género y medio ambiente. Directorio de proyectos de mujeres para mujeres y/o proyectos que se realizan con mujeres en el país. Disponible en diskettes.

*Difusión*
**Debate Feminista**
Callejón Corregidora No.6
Col. Tlacopac San Angel. 01040, México, D.F.
Tels.: 593-1246 · 660-9759
Publicación trimestral sobre feminismo. Aquí pueden adquirirse números atrasados.

*Redes electrónicas*
**Red Modem Mujeres**
Modemmujer@laneta.apc.org.
Busca favorecer la comunicación entre mujeres y organizaciones de mujeres.

*Desde ellos*
**CORIAC, A.C.**
**Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C.**
Matías Romero No.1353-2, Col. Vértiz Narvarte
03060, México, D.F. Tel./Fax: 604-1178
Programa permanente de apoyo a hombres que desean dejar de ser violentos, grupos de trabajo, investigación y asesoría.



# AGENDA

*7 de marzo*
*Encuentro Interreligioso de oración VI aniversario
Serapio Rendón No.57-B
20:00 hrs. Informes Tel.: 553-2818 · 211-1721
*28 de marzo*
*Función a beneficio de enfermos terminales de sida
**Sabrina**. Cine Diana
20:30 hrs.
Informes: Casa de la Sal 514-0628 · 207-8042
Lunes de marzo y abril
*Curso **Género, sexualidad y salud reproductiva: la perspectiva masculina**
El Colegio de México
De 16:00 a 19 :00 hrs.

**Actividades Día Internacional de la Mujer**
*7 de marzo*
*Conferencia: "El Día Internacional de la Mujer desde la perspectiva de Pekín"
Edificio de las Naciones Unidas
Mazaryk No.29 10o. piso. 11:00 hrs.
*Presentación del libro **Los derechos de las Niñas**
Casa Universitaria del Libro
Puebla y Orizaba
18:00 hrs.
*Baile
Salón México
San Juan de Dios No.25, Centro
21:30 hrs.

*8 de marzo*
*XX Encuentro de Mujeres Politécnicas
Escuela Superior de Ingeniería Mecánica Eléctrica unidad Zacatenco
Auditorio del Edificio n.1. 11:00 hrs.
*Feria de la Mujer bajo el lema "Por los derechos humanos de las niñas y las mujeres"
Plaza de la Constitución. 12:00 hrs.
*Marcha unitaria
Del monumento a la Madre al Zócalo. 16:00 hrs.
*Concentración Política y Festiva
Zócalo. De 16:00 a 20:00 hrs.
*Baile. Salón México
Aserina y su Danzonera, y Son de Merengue
Inf.: Lucero González. Tels.: 660-9759 · 593-5813

# NotieSe

## 10 millones de mujeres infectadas por el VIH

Durante la primera Conferencia Bienal de la Sociedad para las Mujeres y el Sida en Africa, celebrada en Lagos, Nigeria, la presidenta de la filial Ibironke Akinsete, dijo que cerca de la mitad de los 20 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo son mujeres. "La mayoría de ellas viven en Africa y cerca del 25 por ciento son sexualmente activas", señaló Akinsete. La Presidenta indicó que los estudios realizados en 17 estados de Nigeria durante 1993 y 1994 mostraron que 3 millones de personas estaban infectadas por el VIH, lo que representa el 3.8 por ciento del total de la población. Akinsete atribuyó lo anterior a la falta de información sobre la enfermedad y a los insuficientes esfuerzos para impedir la propagación de la infección. (**Xinhua**)



Viñetas de Luis Reyes

## Regreso de *Magic* Johnson

Earvin *Magic* Johnson, quien desde 1991 dio a conocer que tenía el VIH, regresa con Los Angeles Lakers. Puello Herrera, presidente de la Organización Deportiva Centroamericana y del Caribe, señaló que el caso de Johnson no es el único en atletas en pleno ejercicio, "hay muchos que tienen la infección y están en actividad, lo que pasa es que *Magic*, por su condición de estrella, recibe mucha publicidad". Indicó también que anteriormente se pensaba que podía haber infección por cortaduras y roce, pero eso fue descartado, "precisamente es la inexistencia de peligro en la transmisión del virus la razón por la que las principales estrellas de la NBA han apoyado su regreso". El médico y dirigente deportivo aclaró que "el enfermo real es el atacado por cualquier infección, pero ser seropositivo no quiere decir que se tenga la enfermedad". (**EFE**)



## No a la expulsión de militares: Clinton

Por lo menos 27 senadores y 43 miembros de la Cámara de Representantes de los Estados Unidos se sumaron al rechazo de una estipulación que exige el retiro de personal militar infectado con el VIH, debido a que no pueden ser enviados al exterior ni tampoco participar en combate. La disposición fue propuesta por el representante republicano Robert Dornan, uno de los aspirantes a la nominación presidencial "pero carece de toda posibilidad de obtenerla", según expertos. De igual forma, el presidente estadounidense, Bill Clinton, en espera que el Congreso la elimine o la Suprema Corte declare inconstitucional esta disposición "discriminatoria y altamente punitiva para el personal del ejército y sus familias", dijo en una declaración. La disposición afectaría a unos mil militares portadores del virus, informó el Departamento de Defensa de Estados Unidos. (**Agencias**)



CEES

## Nuevos fármacos, nuevas esperanzas

En Washington, Estados Unidos, en el III Encuentro sobre Retrovirus y Enfermedades Oportunistas se dieron a conocer dos nuevos medicamentos, ambos de una nueva generación de armas en la lucha contra el sida, armas que los científicos denominan inhibidores de la proteasa. El primero en presentarse fue el Indinavir, de Laboratorios Merck, capaz de reducir la cantidad de virus a niveles indetectables cuando se administra junto con el AZT y 3TC. El segundo fue el Ritonavir, de Laboratorios Abbott, el cual reduce la tasa de mortandad a la mitad cuando se administra durante un periodo de siete meses. Los nuevos fármacos pueden detener parcialmente el avance del VIH, pero quedan por hacer más estudios. Dentro del Congreso se habló también de la carga viral, la cual podrá ser una forma más exacta de predecir cómo se desarrollará la enfermedad; se presentó el caso del primer chimpancé infectado con el virus que causa el sida, con el cual los científicos tienen para investigar la enfermedad y experimentar nuevos fármacos; el sida infantil fue otro de los aspectos de la enfermedad tratados durante el Congreso. (**Agencias**)

# a la letra

*Alejandro Brito*
*Director de **LETRA S***

*He tenido la oportunidad de revisar un ejemplar de **LETRA S**, y me pareció una excelente publicación, realmente los felicito por esta labor comunicativa.*

*Por lo que pude observar, cada suplemento va orientado a un tema en particular dentro del sida. Soy estudiante de psicología y he tenido acceso a mucha información sobre sida, pero muy poco dentro de la psicología, y creo que sería importante que pudiesen realizar un suplemento de sida y psicología, irse a lo más profundo.*

*Sería importante que se abordaran las consecuencias sicológicas de vivir con VIH/sida, así como la importancia que tiene la ayuda sicológica en estos casos.*

*Por otro lado, creo que un aspecto al que se pudiese dedicar más líneas sería el de la discriminación, y más que hablar de los derechos humanos y que no debe suceder, hablar de cómo se da y del por qué se da la discriminación hacia el VIH/sida, y no sólo en el área de salud pública, sino en el área laboral, social y familiar.*

*Agradecería que consideraran mi petición, y de antemano muchas gracias.*

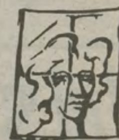
*Claudia E. Sánchez M.*

---

*Favor de dirigir toda correspondencia al Apartado Postal 12-839, México, D.F. 03020. A nombre de Arturo Díaz Betancourt.*

## Legalizar derivado de marihuana

Una comisión de expertos del Instituto Federal Alemán de Farmacología ha solicitado al gobierno la legalización de un derivado de la marihuana (Delta-9-THC) con fines médicos en tratamientos de determinados enfermos de cáncer y sida. El producto se consigue por vía sintética y es utilizado en pacientes que sufren vómitos y pérdida de peso. El narcótico, entre otras cosas, estimula el apetito y se puede adquirir por receta médica en Estados Unidos. (**Xinhua**)



## Brasil, carnaval y condón

Bajo el lema "Sexo seguro es alegría general", las autoridades brasileñas llevaron a cabo durante los carnavales una campaña de prevención sobre los riesgos de contraer el VIH y sobre el uso de la *camisinha* (condón). Entre muchas de las actividades realizadas por el Ministerio de Salud de Brasil se repartieron gratuitamente 11.5 millones de preservativos; se prepararon tres videos dirigidos a la mujer en particular, a los profesionales del sector salud y a la importancia del Día Mundial del Sida (1 de diciembre). Lair Guerra de Macedo, coordinadora del Programa Nacional de Enfermedades Sexualmente Transmisibles, dijo que las campañas contra el sida "ya están produciendo cambios en el comportamiento de los brasileños" ya que el año pasado se incrementó en un 40 por ciento la venta del preservativo. Hoy hay distribuidores colocados en las calles de Río de Janeiro para comodidad de los múltiples usuarios del látex. (**Agencias**)



## Protocolo en México con Indinavir

Unos 60 pacientes afectados por el sida, entre los que se encuentran tres oaxaqueños, serán tratados con el nuevo inhibidor de la proteasa, Indinavir, medicamento que aumenta la posibilidad de vida y reduce en un 90 por ciento la carga viral de los enfermos, informó Gabriela Velázquez Rosas, secretaria técnica del Coesida Oaxaca. Los resultados del medicamento, donado por los Laboratorios Merck a Conasida, se podrán obtener 40 días después de su aplicación. "Se han obtenido magníficos resultados" con las primeras pruebas, ya que de las 26 personas tratadas con el Indinavir junto con el AZT y el 3TC, en 24 de ellas no se detectó el virus luego de seis meses de tratamiento. (**Notimex**)